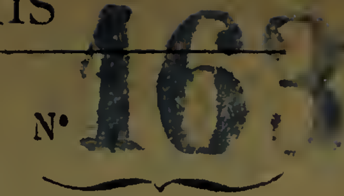
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Février 1910, à 1 heure

Par M. Francisque LE MOINE

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 26 Octobre 1879.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

et de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

FORMES CLINIQUES ANORMALES

DES

Tumeurs primitives de la vessie

Président : M. SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. DELBET, *Professeur.*

Pierre DELBET, } *Agrégés.*

OMBRÉDANNE, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Février 1910, à 1 heure

Par M. Francisque LE MOINE

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 26 Octobre 1879.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

et de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

FORMES CLINIQUES ANORMALES

DES

Tumeurs primitives de la vessie

Président : M. SEGOND, *Professeur*.

Juges : MM. DELBET, *Professeur*.

Pierre DELBET, } *Agrégés*.
OMBRÉDANNE, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Cllinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculte : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbations

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

LE DOCTEUR LOUIS FROGÉ

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL CIVIL DE SAINT-BRIEUC

LE DOCTEUR LOUIS FROGÉ FILS

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL CIVIL DE SAINT-BRIEUC

De qui je reçus les tout premiers conseils.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde gratitude.

A MA TANTE

A MON ONCLE F. GUYON

Qui a eu l'amabilité d'éditer ma thèse.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

MM. les Docteurs AUBRÉE, DELACOUR, PERRIN DE LA TOUCHE, BERTHEUX, FOLLET, LEMONIET, VÉRON, LE DAMANY, LAURENT.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

(1903) M. le Professeur agrégé RICHELOT
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

(1904) M. le Docteur André PETIT
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Internat provisoire

(1905) M. le Docteur DEMOULIN
Chirurgien de l'hôpital de la Charité

M. le Professeur agrégé J. L. FAURE
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

(1906) M. le docteur BABINSKI
Médecin de la Pitié

Internat

(1907) M. le Professeur agrégé REYNIER
Chirurgien de Lariboisière

(1908) M. le Professeur TERRIER
Chirurgien de la Pitié (In memoriam)

M. le Docteur MÉNARD
Chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-s.-Mer

(1909) M. le Professeur agrégé MARION
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière (Service Civiale).

M. le docteur ROCHARD
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

(1910) M. le Docteur MICHAUX
Chirurgien de l'hôpital Beaujon

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur agrégé WALTHIER.

M. le Professeur agrégé MORESTIN.

M. le Docteur SAVARIAUD.

M. le Docteur MICHON.

M. le Docteur CLAISSE.

M. le Docteur CALVÉ.

M. le Docteur SCHWARTZ.

A MES EXCELLENTS MAITRES

M. le Docteur ROCHARD.

M. le Professeur agrégé GOSSET.

M. le Professeur agrégé CASTAIGNE.

M. le Docteur VEAU.

INTRODUCTION

Depuis le travail du professeur Albarran, sur les tumeurs de la vessie (janvier 1892), établissant d'une façon magistrale les symptômes et l'évolution ordinaire de ces tumeurs, certains auteurs ont eu l'occasion de reconnaître quelques particularités symptomatologiques de celles-ci, leur donnant parfois une marche anormale. C'est à ce dernier point de vue que nous avons entrepris ce travail. Nous y avons été préparé par une partie de notre internat passée dans le service Civiale de l'hôpital Lariboisière. C'est sur les conseils et grâce à la bienveillance de notre cher maître, M. le professeur agrégé Marion, que nous nous sommes intéressé à ce sujet, guidé par lui et documenté par les observations encore inédites qu'il a bien voulu nous confier. Que notre maître nous permette donc dès le début de ce sujet de lui témoigner notre plus sincère gratitude pour tout ce que nous lui devons et dont nous ne lui serons jamais trop reconnaissant. Notre gratitude à son égard restera toujours inaltérable.

Schématiquement, le but de cette étude sera donc, après avoir donné les caractères habituels des tumeurs primitives de la vessie, d'envisager les différentes formes cliniques anormales très variables suivant le siège cavitaire ou excentrique de ces tumeurs. Or, nous savons

que les formes habituelles du cancer de la vessie : *épithéliome de l'adulte* et *sarcome de l'enfant*, se présentent ordinairement accompagnés des symptômes suivants :

Pour l'ÉPITHÉLIOME, ce sont :

Une hématurie précoce, spontanée, répétée ;

Une douleur inconstante ;

Des troubles urinaires sous forme de rétention ou d'incontinence. L'*urine vésicale* peut être trouble, se prenant en masse et contenant des fragments de néoplasme.

Le cathétérisme explorateur peut faire apercevoir la tumeur et la faire facilement saigner à son contact. Le *palper abdominal* associé au *toucher rectal* montrent l'épaississement de la vessie. A la *cystoscopie* on peut noter l'existence, le siège et la nature macroscopique de la tumeur.

L'*évolution de l'épithéliome* est progressive ; puis les symptômes précédents s'aggravent chacun leur tour.

Le SARCOME s'accompagne d'une *hématurie* initiale beaucoup moins fréquente :

D'*une douleur* plus marquée ;

De *troubles de la miction* sous forme de dysurie. Très souvent il y a association de ces deux derniers symptômes.

La *palpation de la tumeur* est plus aisée, car la vessie est plus élevée par rapport au pubis.

La *cystoscopie* à l'aide d'un instrument de petite dimension pourra déceler également la tumeur.

L'*évolution* est ici plus rapide. La tumeur très proliférante peut entraîner par compression de l'urétère, de l'hydronéphrose et de la pyonéphrose.

Mais anormalement ces tumeurs cavitaires de la vessie peuvent ne présenter qu'un seul symptôme et il en résultera une série de *formes cliniques anormales*. Ce sont ces différentes formes qui vont former le but de notre travail :

Si l'*hématurie* est continue, totale, elle peut donner lieu à la *forme clinique anormale hématurique*.

La *douleur* peut être constamment le grand symptôme prédominant. C'est la *forme clinique anormale douloureuse*.

Les *troubles urinaires* peuvent être seuls et prendre une importance capitale. Une tumeur siégeant à l'*embouchure des uretères*, donnera lieu uniquement à des crises de rétention rénale aseptique sous forme d'*hydronéphrose simple*, d'hydronéphrose avec *atrophie rénale* et *brightisme*, de rétention rénale septique ou *pyonéphrose ;* enfin, plus rarement, rétention rénale douloureuse simulant la *néphrite calculeuse*. Dans tous ces cas il s'agit de *formes cliniques anormales rénales*.

Une tumeur siégeant aux alentours du *col vésical* et faisant irruption à travers l'urèthre entraînera, soit de la *rétention*, soit de l'*incontinence ;* en un mot de la *dysurie :* c'est la *forme clinique anormale dysurique*, qui révélera l'existence de cette tumeur. Parfois ce n'est que par de la pyurie que son existence se manifestera et il s'agira de la *forme clinique anormale pyurique*.

Dans d'autres cas, la tumeur primitive de la vessie peut ne se révéler que par un symptôme très rare et tout différent de ces symptômes habituels. Tel : l'existence de gaz vésicaux soit produits spontanément dans son intérieur, soit, venant du rectum ou du colon que la

tumeur vésicale a perforés : c'est la *forme clinique anormale pneumatosique.*

La tumeur cavitaire peut encore être silencieuse, sans symptôme révélateur ; c'est la *forme clinique anormale latente.*

Ces formes anormales : *hématuriques*, *douloureuses*, *rénales*, *dysuriques*, *pyuriques*, *pneumatosiques*, *latentes,* seraient très difficilement reconnues par la seule clinique ; heureusement que nous avons actuellement l'*examen cystoscopique* qui mettra au grand jour toute la cavité vésicale et ses lésions.

A côté de ces tumeurs cavitaires dont l'évolution clinique est parfois anormale, il faut placer les *tumeurs pariétales* de la vessie qui, toutes cette fois, donnent lieu à des formes cliniques anormales. Ici, aucune hématurie ; très rarement, des symptômes urinaires ; mais en revanche de grandes tumeurs qui pourront envahir les différentes régions de l'abdomen. En présence d'une tumeur très volumineuse à symptômes de compression abdominale, l'on croira tantôt à un fibrome utérin ou à un kyste de l'ovaire et en réalité il s'agira d'une *forme anormale à tumeur abdominale.* Quand le volume est moins considérable, l'infiltration de la paroi antérieure de la vessie peut simuler une tumeur de la région hypogastrique : c'est la *forme anormale à tumeur hypogastrique.* D'autres fois, ce sont des masses iliaques et lombaires qui ne sont que des adénopathies secondaires au cancer primitif de la vessie complètement ignoré. Ce sont les *formes anormales à tumeurs iliaques et lombaires.* D'autres fois, la tumeur vésicale donne lieu à des douleurs d'expulsion, proémine dans le Douglas, l'on songe à un

kyste ou à un sarcome pelvien et il s'agit en réalité d'une *forme anormale à tumeur pelvienne* ; enfin, quand c'est la région du col vésical qui est particulièrement atteinte, on peut croire, chez la femme, à une tumeur vaginale venant écarter les grandes lèvres, chez l'homme, à une tumeur du corps caverneux se propageant à toute la longueur du canal de l'urèthre, ce sont les *formes anormales à tumeur génitale externe.*

La *cystoscopie*, dans ces différents cas, pourra quelquefois faire reconnaître un diverticule se prolongeant dans la tumeur pariétale, une saillie formant la base d'implantation de cette tumeur ; en règle générale, ces différentes tumeurs, *à siège abdominal*, *hypogastrique*, *lombaïre et iliaque*, *pelvien et génital externe,* ne seront pas reconnues pour des tumeurs de la vessie et ce ne seront que la laparotomie exploratrice ou l'autopsie qui en affirmeront le diagnostic.

En résumé, nous allons étudier dans cette thèse une série de formes anormales des tumeurs de la vessie, les unes *cavitaires* à symptomologie urinaire et diagnostiquables par la *cystoscopie*, les autres *pariétales* et *excentriques* à symptomatologie toute d'emprunt et ce sera surtout par l'intervention chirurgicale que celles-ci seront véritablement reconnues.

CHAPITRE PREMIER

Formes normales des tumeurs primitives de la vessie.

Ce thème ainsi schématisé, voyons maintenant en détail les arguments qui nous ont conduit à un tel résumé ; voyons tout d'abord qu'elle est la marche habituelle de ces tumeurs ; c'est dire que pour cette description nous ne pourrons mieux faire que de rappeler la magistrale étude que nous en ont donné les maîtres de l'école de Necker. La question des tumeurs de la vessie est toujours d'actualité, d'autant plus que les moyens qui permettent de les diagnostiquer se sont perfectionnés et vulgarisés. Les beaux livres de Clado et d'Albarran, en France, ont fait époque quand ils ont paru et tout dernièrement le consciencieux rapport de M. Rafin (de Lyon), à la 9e session française d'urologie (5 octobre 1905) a mis très en valeur les différents termes du problème. Toujours est-il que les formes ordinaires du cancer primitif de la vessie sont l'*épithéliome de l'adulte* et le *sarcome de l'enfant*. Ce sont donc eux que nous prendrons comme type dans la description des symptômes des *formes normales*.

§ 1. — Epithéliome de l'adulte.

L'*épithéliome* est la plus commune de toutes les tumeurs de la vessie. Il se développe surtout chez l'homme et entre 40 et 60 ans et c'est sans aucune cause provocatrice que le malade reconnaît un jour que ses urines sont sanguinolentes.

L'*hématurie*, en effet, comme le dit le professeur Albarran, sur 200 néoplasmes de la vessie, est 148 fois le symptôme initial habituel ; c'est le signal-symptôme hémorrhagique de Guyon qui, pendant toute une période initiale de tolérance, évolue tout seul. Ordinairement, le malade ne souffre pas et la brusque disparition du saignement lui donne, pour un certain laps de temps, l'espoir de la guérison. Ce symptôme fonctionnel a d'ailleurs été étudié d'une façon parfaite par le professeur Guyon. La spontanéité est très fréquente et c'est au milieu du repos complet, au milieu de la nuit, que le malade voit la miction sanglante. Comme dans tout cancer, le traumatisme, par exemple, une exploration instrumentale la provoquera. Toute aussi spontanée que son apparition, dit encore le professeur Albarran dans son ouvrage sur les tumeurs de la vessie, est la disparition de l'hématurie. A une miction franchement hématurique peut succéder, sans transition aucune, une urine limpide. Son abondance est très variable ; mais, en règle générale, l'écoulement est considérable. Il en résulte la formation de caillots que le malade expulse au prix de violents efforts ; rien ne la modifie ni en bien ni en mal. Elle est capricieuse et elle est terminale comme une

hémorrhagie d'origine vésicale. La longue durée et la répétition des hématuries comptent aussi parmi les meilleurs caractères des saignements dûs aux néoplasmes. A mesure que la maladie avance, les crises hématuriques se rapprochent les unes des autres, en même temps que la durée de chaque crise augmente. Et pour résumer ces caractères de l'hématurie des néoplasmes vésicaux l'on peut, avec les professeurs Guyon et Albarran, dire que, parmi les nombreux caractères les plus importants au point de vue séméiologique, ceux qui en font un symptôme vraiment pathognomonique sont l'apparition spontanée, sans cause appréciable, sans aucun trouble préalable de la miction, la reproduction facile et fréquente, la longue durée, la résistance à toutes les médications.

La *douleur* est un autre symptôme des tumeurs de la vessie ; mais c'est là un symptôme beaucoup moins constant. Les tumeurs, en effet, dont l'évolution reste aseptique, paraissent ne pas déterminer de douleur. C'est là un fait commun aux tumeurs bénignes et malignes comme l'a montré le professeur Guyon et il est à remarquer aussi que bien souvent, même en présence de villosités, il faudra recourir au microscope. Enfin, il faut parfois s'adresser absolument à l'examen histologique des urines qui seul montrera une urine histologiquement hémorrhagique et que rien ne faisait soupçonner. M. Albarran a rencontré souvent cette hématurie occulte des néoplasmes vésicaux. C'est sur ce dernier fait que Clado, dans son *Traité des tumeurs de la vessie*, avait particulièrement insisté en décrivant à côté de

l'hématurie-type des tumeurs de la vessie, l'hématurie en caillots et enfin la globulurie ou hématurie incolore que l'examen microscopique peut seul déceler.

Mais c'est surtout l'examen de l'appareil urinaire lui-même qui peut permettre de préciser le siège vésical de la tumeur.

Le *cathétérisme explorateur* de la vessie peut d'abord être pratiqué. Dans tous les cas l'on se servira de la sonde molle. En effet, elle est d'abord inoffensive et elle est nécessaire pour pratiquer avec profit la palpation et pour introduire ensuite un cystoscope dans la vessie, tandis que le cathétérisme métallique explorateur est dangereux et sans résultat précis. Le premier instrument à employer est l'explorateur simple olivaire. Grâce à lui on peut reconnaître l'état de l'urèthre, parfois la sensation intravésicale d'un contact prolongé avec une substance solide, comme si l'instrument cheminait à travers une prostate d'une longueur indéfinie et qui est probablement la tumeur. Parfois encore, malgré la sonde enfoncée, l'urine ne s'écoule pas ; car un caillot ou une partie de la tumeur vient boucher la sonde. Enfin, M. Guyon insiste sur les hématuries qui apparaissent non immédiatement après ce cathétérisme à la sonde molle, mais quelques heures après. Souvent aussi, dans les cas de tumeur ferme et saillante, de tumeur incrustée, le cathétérisme sera indiqué.

La *palpation abdominale* et le *toucher rectal* sont à placer à côté du cathétérisme. Ils peuvent être employés isolément, mais ils se complètent bien plus l'un l'autre. Après avoir évacué la vessie de son urine et des caillots qu'elle peut contenir, par ce palper combiné recto ou

vagino sus-pubiens on s'efforce de constater, la vessie vide, si l'épaisseur des tissus est plus considérable de l'un ou de l'autre côté de la ligne médiane. Quand la tumeur est petite ou qu'elle est molle ou étalée on ne peut rien sentir et M. Guyon a insisté sur ce point que quand les sensations fournies sont reconnues grâce au toucher, c'est que le néoplasme est infiltré et que quand après l'exploration extra-vésicale seule on sent des néoplasmes, il s'agit, le plus souvent, de néoplasmes extra-vésicaux.

L'*exploration digitale* de la vessie est abandonnée chez l'homme car elle nécessite une boutonnière périnéale et ne permet que l'exploration partielle de la vessie. Quant à son usage chez la femme il est aussi restreint, sauf dans les cas de petites tumeurs pédiculées extirpables par cette voie.

La cystoscopie enfin mérite beaucoup plus longtemps encore nous arrêter. Aucune des méthodes précédentes ne peut donner des renseignements aussi certains et aussi complets. A l'heure actuelle, son usage est capital ; mais comme l'a dit M. Guyon : c'est un instrument dont il faut apprendre à se servir, et savoir se passer. En effet, pour que le cystoscope à lumière directe puisse être employé avec profit, il faut que l'appareil urinaire remplisse trois conditions principales : 1° l'urèthre doit être assez large pour laisser passer un n° 23 de la filière Charrière ; 2° la vessie doit être assez tolérante pour permettre l'introduction dans le réservoir d'au moins 60 grammes de liquide ; 3° le milieu vésical liquide doit être transparent. Or souvent, les néoplasmes qui sont très volumineux rendent quelquefois difficiles à remplir

les conditions d'un bon examen cystoscopique : quantité suffisante du liquide injecté dans la vessie, transparence du milieu. Enfin, il ne faut pas confondre avec une tumeur de la vessie, l'aspect anormal de son col qui offre l'apparence d'une tuméfaction bosselée ou régulière en atteignant toute la circonférence. De même il ne faudra pas la confondre avec le prolapsus de la muqueuse uréthrale qui pourrait également, dans certains cas, tromper. Il en sera de même des replis de la muqueuse de la vessie, des caillots sanguins, du lobe moyen de la prostate. Ce sont toutes là des erreurs de diagnostic à la cystoscopie sur lesquelles M. Albarran a bien insisté. Nous citerons encore, des tumeurs incrustées qui pourraient être prises pour des calculs et inversement ; enfin, les cystites tuberculeuses de la vessie avec des surfaces ulcérées et des végétations papillaires ou encore les varices de la vessie.

En revanche, à l'aide de la cystoscopie l'on se renseignera sur le siège exact du néoplasme, sur son volume, d'ailleurs très variable, suivant qu'il est près de la fenêtre du prisme ou en est éloigné. Quant à sa forme, elle sera facile à reconnaître, surtout dans les cas de tumeurs pédiculées. Quant à sa nature histologique, l'on ne peut en conclure d'une façon certaine, pas plus que l'on ne le peut à l'aide d'un examen macroscopique ordinaire.

C'est donc au cystoscope à lumière interne qu'on aura le plus souvent recours ; car il est le plus satisfaisant et ce ne sera que quand la vessie sera trop irritable, le saignement trop abondant, le volume trop grand de la tumeur ou s'il s'agit d'une tumeur d'une vessie de femme,

qu'on aura recours au cystoscope à lumière externe. Mais ce dernier procédé ne donne pas comme le cystoscope à lumière interne un champ aussi vaste, permettant d'embrasser d'un coup d'œil l'ensemble de la tumeur.

Il résulte des notions précédentes, que de nos jours, la cystoscopie est le grand moyen d'exploration des tumeurs de la vessie. Dans le cas de diagnostic douteux, la cystoscopie pourra singulièrement préciser celui-ci. En revanche, il est aussi des cas où elle ne peut rien apprendre de nouveau, au contraire parfois elle peut être dangereuse et ne doit pas être appliquée.

Cette étude clinique des tumeurs primitives de la vessie terminée, il faut se demander qu'elle en est l'*évolution* ? L'on peut dire à ce sujet que les tumeurs vésicales, malgré leur différence de nature, présentent un même type général et une même allure macroscopique ; elles ont également des symptômes et un pronostic presque similaires. Les douleurs, les mictions fréquentes et angoissantes, les hématuries, la rétention d'urine, la cystite suppurée et sa conséquence presque fatale, la pyélonéphrite ascendante se retrouvent dans le carcinome et aussi dans le papillome. Mais les tumeurs malignes ont ceci de particulier que leur durée est beaucoup plus courte. Un fibrome ou un papillome tuera le patient avec moins de rapidité, moins de douleurs en général, mais aussi sûrement au résumé que les plus malins carcinomes (1). Qui plus est, Clado, dans son Traité, insiste sur la transformation évidente des tumeurs bénignes en

(1) Sabatier, 47 cas de tumeurs de la vessie chez l'homme, *Revue de chirurgie*, 1885.

tumeurs malignes, il décrit aussi des évolutions écourtées. L'on comprend donc que Thompson ait pu écrire qu'une tumeur vésicale est inévitablement fatale.

Ayant étudié ce qu'est ordinairement la tumeur primitive de la vessie chez l'adulte, voyons maintenant ce qu'elle est chez l'enfant.

§ 2. — **Sarcome de l'enfant.**

Le sarcome est en effet surtout fréquent au dessous de 40 ans; chez les enfants, dit le professeur Albarran, on n'a jusqu'à présent décrit aucune tumeur de la vessie qui ne rentre dans la classe des sarcomes ou des myxomes. Les manifestations symptomatiques de cette tumeur peuvent être semblables à celles de l'épithéliome ; mais ordinairement elles ont une allure clinique bien spéciale.

L'hématurie n'est pas en effet le symptôme habituel de début chez l'enfant. Ce sont beaucoup plutôt des *troubles de la miction*, telle que dysurie ou incontinence d'urine qui débutent ; et si le début a lieu par une hématurie, souvent le saignement apparait en même temps que les phénomènes de cystite ; et cette association symptomatique doit faire soupçonner l'évidence du néoplasme.

La constatation de la tumeur est de même plus facile chez l'enfant que chez l'adulte. La situation de la vessie est en effet plus élevée par rapport au pubis et, cette situation, qui rend souvent accessible et reconnaissable au palper combiné des pierres vésicales, permet aussi de diagnostiquer les tumeurs par le même mode d'exploration.

La cystoscopie, avec les instruments plus petits que l'on fabrique spécialement pour les enfants, leur est aussi applicable.

Quant à l'*évolution* de ces sarcomes, elle est d'autant plus rapide que les malades sont plus jeunes. Chez les fillettes, les lobes de la tumeur remplissent facilement la vessie et viennent souvent faire irruption à la vulve à travers l'urèthre.

Le caractère prédominant de ces masses néoplasiques est l'énorme puissance proliférante et la facilité de repullulation du tissu pathologique. A ce développement rapide doit être attribué l'hydro-pyonéphrose, si fréquente au cours des sarcomes des enfants, elle peut aussi déterminer l'incontinence d'urine par inocclusion de l'orifice uréthral. Quoi qu'il en soit, le sarcome a toujours une marche galopante qui n'excède pas la plupart du temps deux ans (1).

Ces deux tableaux nous permettent donc d'envisager maintenant quelles peuvent être les différentes *formes cliniques anormales des tumeurs primitives de la vessie.* Celles-ci vont d'ailleurs être extrêmement différentes, suivant que ces tumeurs sont soit *cavitaires*, soit *pariétales ou excentriques.*

(1) PHOCAS (de Lille), Contributions à l'étude des tumeurs de la vessie chez l'enfant, *Congrès français de chirurgie* (voies urinaires), 1892.

CHAPITRE II

Formes anormales des tumeurs primitives à siège cavitaire.

Il est par exemple des cas de tumeurs de la vessie au cours desquelles l'on ne rencontre pas de douleurs et surtout pas de troubles urinaires vésicaux. En revanche, l'hématurie y existe bien. Elle n'a cependant pas les caractères de l'hématurie du néoplasme vésical ordinaire et comme dans l'observation (I) publiée par Raffin elle était continue et totale comme s'il s'était agi d'une affection rénale. L'on comprend que dans ces cas le diagnostic du cancer de la vessie, sur ce seul signe, d'ailleurs si anormal, devienne impossible cliniquement. Le malade de cette observation présentait en effet une hématurie continue, aucunement modifiée par le repos, sans rétention, avec aucun phénomène vésical. Le nombre des mictions était normal ; jamais l'hématurie ne fut terminale, toute l'urine émise avait une teinte noire foncée uniforme. L'évacuation de la vessie à la sonde avec lavage ne donna pas davantage le phénomène de l'hématurie terminale. Ce fut seule la cystoscopie qui permit de rattacher ce symptôme à un néoplasme vésical. D'autres fois, cette hématurie peut être très discrète et monosymptomatique comme dans le cas de l'observation de Marion (obs. II). Il s'était donc bien agi, dans ces cas, de *forme clinique anormale hématurique.*

Le second symptôme des tumeurs de la vessie, la *douleur* ordinairement peu marquée ou même absente, peut de même prendre une évolution tout à fait anormale ; mais il s'agit ici d'un phénomène beaucoup plus fréquent que le précédent. D'après le prof^r Albarran, dans un tiers des cas, la cystite marquerait le début de l'évolution de ces tumeurs. Il est des cas, en effet, dit le Prof^r Guyon, où les néoplasmes empruntent aux cystites quelques-uns de leurs caractères habituels : de cette combinaison symptomatique peut résulter en pratique des difficultés réelles pour l'établissement du diagnostic. Dans une série d'observations, l'on voit par exemple que dès le début de l'affection, la tumeur s'est accusée par une fréquence des mictions et pendant sept et huit mois cette fréquence est restée indépendante de tout autre symptôme. Après cette période seulement, un nouveau signe apparaît progressivement, la douleur, tel dans le cas de Guyon recueilli par Glantenay (obs. III). Dans l'observation (obs. IV) de Malherbe, de Nantes, le malade présente encore de la pollakyurie diagnostiquée cystite et traitée par le nitrate d'argent. Le même auteur, dans l'observation (obs. V), cite également un malade présentant un néoplasme vésical et en proie à des douleurs intolérables. Le docteur Barthélemy Guisy, d'Athènes, cite deux cas se caractérisant uniquement par des envies impérieuses et douloureuses d'uriner. Dans la première observation (obs. VI), vu l'œdème de la vessie, le bec de la sonde exploratrice entraîne une extrême sensibilité de la muqueuse vésicale et ce n'est que par la cystoscopie que l'on découvre une tumeur papillomateuse de la vessie. Le deuxième malade de cet auteur (obs. VII)

souffrait de même, d'envies fréquentes d'uriner. D'autres fois, la tumeur vésicale ne se révèle pas par des symptômes douloureux aussi aigus. Le malade de Salat (obs. VIII) présentait de la cystite chronique et avec la polyurie, l'on constatait l'existence d'urine blanche et purulente, peu fétide. L'observation de Lostalot (obs. IX) raconte l'histoire d'un autre malade chez qui les phénomènes de cystite se compliquèrent de pyélonéphrite suppurée qui emporta le malade. Il en fut de même dans les cas de H. Batheray (obs. X), de Flurin (obs. XI), Nicolich (obs. XII, XIII, XIV), Boutecou (obs. XV, XVI), enfin dans les longues observations du prof[r] Guyon (obs. XVII, XVIII) et celles de Marion (obs. XIX, XX). La même évolution clinique se rencontre dans l'observation si bien étudiée de Lavenant (obs. XXI). L'on comprend donc que dans ces cas le diagnostic de cancer primitif de la vessie ait été cliniquement presque impossible. Ici rien ne rappelle l'évolution habituelle que nous avons donnée de la tumeur vésicale et il semble que nous soyons en droit d'y reconnaître la *forme clinique anormale douloureuse*.

A côté de l'hématurie et de la douleur, nous avons étudié *les troubles urinaires* comme symptôme habituel des tumeurs de la vessie. Eux aussi vont pouvoir être la source d'autres formes cliniques anormales. Parfois, en effet, ils vont être les seuls symptômes révélateurs de notre lésion et l'on conçoit de suite combien à leur tour ils peuvent faire errer le diagnostic. A ce point de vue, le siège de la tumeur vésicale peut considérablement en modifier la symptomatologie, suivant qu'il s'agit d'une tumeur para-urétérale ou voisine du col vésical. Que la

tumeur vienne à siéger par exemple à l'*embouchure des uretères*, elle va pouvoir donner lieu à des crises de rétention rénale aseptique et même septique, dont nous allons voir les nombreuses modalités.

L'hydropyonéphrose, en effet, dit le Prof[r] Albarran, complique souvent les tumeurs à développement rapide, tel dans le sarcome de l'enfant ; c'est ce qui se passa dans les cas signalés par MM. de Gennes et Griffon (obs. XXII) et par le docteur Saverio Spangaro (obs. XXIII). Le premier de ces malades ne présenta jamais de signes de tumeur vésicale ; mais au contraire l'on fit à son sujet le diagnostic de brightisme et à l'autopsie l'on trouva, à côté d'une hydronéphrose bilatérale, une obstruction incomplète des uretères à leur extrémité inférieure par un cancer de la vessie. Le petit malade du docteur Saverio (obs. XXIII) présentait une histoire clinique identique et quand il vint à mourir, on trouva à l'autopsie un petit papillome vésical entraînant une hydronéphrose double. Il est même à ce sujet un fait particulier à signaler ; c'est que les papillomes de la vessie occupent avec prédilection les régions urétérales et les autres observations relatées par Hasenmayer (obs. XXIV), par Krahn (obs. XXV), par Reverdin (obs. XXVI), montrent qu'il s'agissait dans ces cas de tumeurs occupant la base du trigone. Il en fut de même de celle de Burkard et Nicholich (obs. XXVII) et Boivin, dans sa thèse, a bien montré d'ailleurs quel était exactement le mécanisme de ces rétentions rénales. Elles ne sont pas toujours, en effet, causées par une compression de l'extrémité inférieure de l'uretère, elles peuvent encore relever du voisinage d'une masse de péricystite

ou d'une masse ganglionnaire. D'autres fois, au contraire, la tumeur vésicale elle-même ne comprime pas seulement l'orifice urétéral, mais s'étend encore presque dans l'intérieur du conduit.

Mais l'on comprend de suite, que si dans une première période il n'existe qu'un peu de dilatation du bassinet, plus tard, quand la dilatation de ceux-ci augmente, la substance rénale est repoussée à la périphérie, en même temps qu'il s'y développe une *néphrite interstitielle* de plus en plus intense. L'on conçoit donc que dans certains cas de tumeurs de la vessie, le seul symptôme clinique apparent puisse être de la polyurie ou quelqu'autre symptôme de néphrite chronique comme dans le cas de Raberi (obs. XXVIII). Le malade de cet auteur présentait en effet un certain nombre de petits signes du brightisme de Dieulafoy ; sensation du doigt mort, crampes dans les mollets, cryestésie, secousse électrique, pollakyurie légère, enfin quelques troubles visuels avec albuminurie appréciable. L'on comprend donc que dans ces cas, l'on ait songé au brightisme et non à une tumeur de la vessie.

A côté de ces différents cas de rétention rénale aseptique, il faut signaler ceux auxquels se surajoute une infection ascendante. La pyélonéphrite est la plus commune des complications infectieuses dues à la dilatation de l'uretère et d'après Boivin ces démonstrations symptomatiques sont tellement importantes que Camera les a considérées autrefois comme un signe très important de cancer de la vessie. Deux facteurs contribuent à leur apparition, le rétrécissement de l'ostium urétéral sur lequel s'implante la tumeur, ce qui amène la dilatation de l'uretère ; tandis que la cystite favorise sa suppuration

ascendante. Dans ces cas on voit apparaître une fièvre modérée, avec ou sans exacerbation, de la sécheresse de la langue et des douleurs rénales ; la sécheresse de la langue peut varier depuis l'état simplement vernissé de l'organe, jusqu'à la dureté comparable à celle du cuir ou du bois. La douleur rénale est parfois spontanée, parfois presque seulement quand on exerce une pression soit dans le défaut costo-iliaque soit au niveau de l'angle costo-musculaire formé par les côtes avec le bord externe du droit de l'abdomen ; enfin les urines sont presque toujours chargées de pus et il peut cliniquement exister de l'urémie aiguë. L'observation de Dittrich est un fait de ce genre (obs. XXIX). M. Albarran (obs. XXX), cite à ce sujet un homme de 45 ans qu'il opéra de pyonéphrose et qui mourut 3 mois et demi après, et ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on découvrit un néoplasme de la vessie. Le docteur Bensa (obs. XXXI) rapporte de même une observation de tumeur de la vessie ayant donné cliniquement uniquement une symptomatologie rénale avec décharges purulentes.

A côté des hydronéphroses et des pyonéphroses symptomatiques d'un cancer de la vessie, l'on peut encore rencontrer des malades chez qui les phénomènes du côté du rein peuvent simuler *la colique néphrétique* avec hématurie rénale et caillots vermiformes ; c'est que parfois la présence de la tumeur de la cavité vésicale irrite la vessie et produit une congestion réflexe du rein qui peut, lui aussi, devenir douloureux. L'on songea ainsi à une néphrite calculeuse chez ce malade (obs. XXXII) qui depuis longtemps accusait des douleurs. En même temps le rein droit était le siège de douleurs atroces

intolérables avec une hématurie très considérable. L'on croyait tout à fait à une néphrite calculeuse, quant à l'autopsie l'on découvrit une grande épaisseur des parois de la vessie avec une cavité toute petite.

Enfin en présence de tumeur de la vessie, il est encore des cas où l'on a pu faire le diagnostic de *tuberculose rénale*. C'est ainsi que dans le cas rapporté dans l'observation de Blanc (obs. XXXIII), il s'agissait d'un malade qui, en octobre 1903, présentait des phénomènes vésicaux, mictions fréquentes, urines purulentes, état général mauvais ; on le croit atteint de cystite bacillaire et on le met aux instillations d'huile gaïacolée. A la fin de novembre 1903, les phénomènes dominants se passent alors du côté du rein gauche. Celui-ci est très douloureux et sensible, surtout à son extrémité vésicale. Le diagnostic de tuberculose rénale est posé. Le malade est opéré à Turin. Son état général s'améliore ensuite. Mais en mai 1905, il a deux crises néphrétiques avec 38°5, 39°. Après cessation des phénomènes, on pratique une cystoscopie et l'on trouve ici encore une tumeur végétante au niveau de l'embouchure de l'uretère gauche. L'on songea de même à la tuberculose rénale dans l'observation de Crick (obs. XXXIV).

Ces différentes observations de malades présentant des symptômes d'*hydronéphrose*, de *néphrite chronique avec brightisme*, de *pyélonéphrite*, de *pyonéphrose*, de *néphrite calculeuse*, même de *tuberculose rénale* permettent donc de décrire une série de modalités *cliniques*, *anormales*, *rénales*, *des tumeurs primitives de la vessie*.

Quant au contraire le siège du néoplasme existe aux alentours du col, les troubles de la miction sont tout

différents et ils peuvent eux aussi rester tout le temps les seuls symptômes d'une tumeur de la vessie. L'on peut alors rencontrer uniquement, ainsi que l'a montré Clado, de la sychnurie, de la polyurie, des douleurs pouvant survenir surtout à la fin de la miction, de la rétention et de l'incontinence d'urine, des épreintes, du ténesme. La fin de la maladie, au contraire, est marquée ordinairement par de l'incontinence d'urine seule, résultant de la destruction du sphincter vésical. La durée de cette catégorie de tumeurs, d'après la statistique de Clado, est d'un an et demi en moyenne, rarement plus longue, très souvent plus courte. On comprend bien que dans ces conditions la santé s'altère rapidement et le malade est conduit droit à la cachexie. Il peut succomber, soit par épuisement, soit avec les accidents de l'infection urineuse dont l'éclosion est favorisée par les troubles fonctionnels que détermine l'irritation du col. Les observations que nous avons pu relater qui concernent cette forme accusent les unes une véritable rétention.

Cette rétention est due parfois à une tumeur pédiculée, mobilisable qui venant s'enfoncer dans le col de la vessie, le bouche de la même façon qu'un caillot.

D'autres fois, ainsi que l'a montré M. Guyon, il s'agit de caillots qui viennent boucher le canal de l'urèthre ; enfin, dans une troisième modalité, il s'agit de phénomènes de cystite qui, maintenant la vessie dans un état de congestion, entraînent un obstacle mécanique de l'orifice cervical. M. Guyon insiste particulièrement sur ce dernier mécanisme qui peut assez souvent survenir, d'après lui, comme trouble primitif et initial d'une

tumeur de la vessie. Dans cette catégorie nous pouvons citer les deux malades si intéressants de Crick (obs. XXXV) ; celui de M. Albarran (obs. XXXVI) était sondé depuis 7 ans pour des accidents de prostatisme avec rétention, sans avoir jamais eu d'hématurie. Chez ce malade, l'autopsie montra l'existence d'un épithéliome encéphaloïde vésical. Il en fut de même du malade dont l'observation est rapportée par Liston (obs. XXXVII) dans laquelle il s'agit d'un malade se plaignant surtout d'une obstruction et de la difficulté à la miction ; en réalité, ce malade présentait un myome dégénéré de la portion prostatique de l'urèthre. Reboul, de Nîmes (obs. XXXVIII), signale de même un malade atteint de rétention d'urine avec regorgement ; les urines étaient ammoniacales et purulentes et ces symptômes étaient entraînés par des végétations polypiformes de la portion cervicale de la vessie. Dans le cas de M. Loumeau, de Bordeaux (obs. XXXIX), il s'agissait d'un homme souffrant depuis deux années de la vessie ; la miction était gênée, le jet tantôt serré, tantôt large ; parfois le malade accusait de la rétention complète avec sensation d'un bouchon obstruant profondément l'orifice uréthral et entraînant un chatouillement du bout de la verge. Loumeau croit à l'existence d'un rétrécissement blennorrhagique et il ne s'agit en réalité ni de rétrécissement, ni de calcul, mais d'un papillome de la vessie situé au voisinage du col. Dernois (obs. XL), raconte encore l'observation d'un malade dont les mictions étaient, par moment, brusquement arrêtées comme s'il s'agissait de calcul de la vessie. Cette fois encore il s'agissait d'un polype inséré au niveau de l'orifice interne de l'urèthre. Nous pourrions

citer encore à l'appui de cette variété les cas de Guyon (obs. XLI), de Bazy (obs. XLII, XLIII), de Lecène et Chéné (obs. XLIV) où les malades ne pouvaient pas uriner seuls. Tous ces faits nous montrent donc combien l'on peut rencontrer de tumeurs primitives de la vessie, ne se signalant que par de la rétention.

L'*incontinence d'urine* peut-elle aussi en être le seul symptôme révélateur. Pour que l'incontinence se produise, il faut que le néoplasme, s'insinuant dans le col de la vessie, empêche la fermeture normale de l'orifice. Le même résultat peut être atteint par la destruction que détermine l'invasion cancéreuse.

Chez les femmes et plus particulièrement chez les fillettes, dit le professeur Albarran, il n'est pas rare de voir comme symptôme du début l'*incontinence d'urine*. Cela s'explique facilement en réfléchissant à la brièveté de l'urèthre chez la femme et à la fréquence des myxomes et des myxo-sarcomes chez les enfants. Dans une observation de Morris (obs. XLV), il s'agit d'un malade qui, au début, n'éprouva qu'une incontinence d'urine légère. Plus tard, elle s'accusa à ce point qu'elle l'obligea à porter un urinal, et il s'agissait d'une tumeur villeuse indiscutable. Duhot (obs. XLVI), dans une autre observation, montre un malade souffrant de fréquents besoins d'uriner ; ceux-ci deviennent si impérieux qu'ils ne le quittent plus un seul instant, ni le jour ni la nuit, et que rien ne parvient plus à le calmer. Le cystoscope montre alors que le col vésical est complètement envahi par une tumeur qui le bouche ; enfin, à côté de ces incontinences, Clado insiste sur les observations exceptionnelles à la vérité, où le symptôme sychnurie s'est montré seul jus-

qu'à la mort. Cette sychnurie du début est absolument indépendante de toute douleur, de toute cystite. Les malades urinent fréquemment, mais sans difficulté ; à peine accusent-ils quelquefois un léger chatouillement ou un peu de chaleur le long du canal de l'urèthre. Plus tard, le nombre des mictions s'accroît quelquefois dans des proportions effrayantes et les malades en arrivent à uriner tous les quarts d'heure ou même toutes les cinq minutes. Ces divers faits nous montrent donc qu'en présence de *rétention d'urine*, d'*incontinence d'urine*, de *sychnurie*, l'on devra toujours penser à la possibilité d'un néoplasme vésical causal, faire un examen cystoscopique de contrôle, car il n'est pas rare de rencontrer de ces diverses modalités des *formes cliniques anormales dysuriques.*

Il est des cas beaucoup plus rares où le seul symptôme du néoplasme vésical est la pyurie et dans une récente leçon, M. Marion raconte l'observation d'un malade de M. Legueu (obs. XLVII) chez qui une cystoscopie décela un papillome vésical qui, cliniquement, n'avait donné lieu qu'à de la pyurie. Il s'agissait en vérité d'une *forme clinique anormale pyurique.*

Nous venons donc de voir que chacun des symptômes ordinaires d'une tumeur primitive de la vessie : *hématurie, douleurs, troubles urinaires, pyurie*, pris en particulier, pouvait exister seul et être le seul symptôme révélateur de celle-ci. Il est encore des cas où le diagnostic de la tumeur de la vessie sera plus difficile ; celle-ci ne sera plus représentée que par un symptôme nouveau et extraordinaire. Parfois, en effet, aucun de

ces symptômes habituels, mais seulement l'existence de gaz dans la vessie.

Cette pneumaturie se produit quelquefois quand le développement d'un carcinome a établi une communication entre la vessie et l'intestin. Un cas fort intéressant de pneumaturie consécutive à la perforation du rectum et du colon par un néoplasme, a été communiqué par Tardieu (obs. XLVIII), à la Société anatomique.

Un autre mécanisme de production de la pneumaturie consiste en la possibilité d'une infection progressive de caillots. Il faut, dans ce dernier cas, que certaines conditions soient réalisées, qu'une hémorrhagie profuse et rapide permette d'écarter l'infection des caillots par un cathétérisme. Or, les hémorrhagies vésicales ont assez souvent ce caractère d'abondance et de soudaineté. A ce sujet, Adenot, de Lyon (obs. XLIX), rapporte l'observation d'un malade qui fut opéré d'urgence et présentait à la place de la vessie une paroi mince, distendue comme un ballon et son incision prudente fut suivie d'un sifflement caractéristique avec affaissement de la paroi ; en réalité, ces formes sont extrêmement rares, elles méritent cependant être signalées vu qu'ici l'hématurie profuse a entraîné anormalement une production de gaz dans la vessie. Dans ces deux cas il s'agit de la même symptomatologie que dans le cas que nous devons à l'amabilité de Lavenant (obs. L). Il nous est donc permis de décrire des *formes cliniques anormales pneumaturiques.*

Enfin, il existe des cas où la tumeur vésicale évolue d'une façon absolument insidieuse et ne se relève par aucun *symptôme apparent.* C'est ainsi que, dit le Prof^r^

Albarran, certaines tumeurs peuvent passer inaperçues, même dans les services spécialement consacrés aux maladies des voies urinaires ; c'est-à-dire après des examens soigneusement pratiqués. Les cancers de la vessie, atteignant le plancher vésical, peuvent, en effet, évoluer longtemps sans donner lieu à aucun des symptômes typiques de cette affection ; c'est pourquoi les observations de cancers de la vessie s'étant présentés comme de vraies surprises à l'amphithéâtre, étaient loin d'être rares, surtout autrefois avant l'usage de la cystoscopie. Dans ces cas, ni hématurie, ni douleurs, ni troubles fonctionnels vésicaux et les observations de Duplay (obs. LI), de Nicaise (obs. LII), de Brault (obs. LIII), de Guyon (LIV), relatent des cas qui ne furent diagnostiqués qu'à l'autopsie. Celle de Thomson (obs. LV) nous montre une tumeur à symptômes obscurs qui ne fut reconnue qu'à l'intervention (obs. LVI). Dans deux autres cas plus récents, M. Legueu (obs. LVII), en présence de troubles très vagues et non définis, fit une cystoscopie et c'est de cette façon qu'il découvrit deux cas de tumeurs latentes de la vessie. Ces différentes observations, qui n'étaient donc reconnues autrefois qu'à l'autopsie ou à l'intervention, seront de plus en plus rares, grâce à l'usage presque courant de la cystoscopie ; grâce à elle l'on pourra envisager l'existence d'une *forme clinique anormale latente*.

Telles sont donc les formes cliniques anormales de tumeurs primitives *cavitaires* de la vessie qu'il nous a paru intéressant de grouper. Qu'elles soient *hématuriques, douloureuses*, *rénales*, *dysuriques*, *pyuriques*, *pneumaturiques ou latentes*, nous voyons combien il

peut être difficile, à l'aide de la seule clinique, de les reconnaître et comme elles peuvent faire errer le diagnostic. Fort heureusement, ce ne sera plus seulement comme dans bien des cas cités, au cours de l'intervention ou de l'autopsie, que l'on reconnaîtra qu'elles ne sont qu'une modalité d'un cancer de vessie. Aujourd'hui, comme nous le disions précédemment, nous avons heureusement l'*examen cystoscopique* qui nous permettra d'examiner toute entière la cavité vésicale. Une tumeur ulcérée reconnue nous expliquera la *forme hématurique;* une tumeur infectée, la *forme douloureuse;* une tumeur à siège paraurétérale, les *formes rénales;* une tumeur voisine du col vésical, les *formes dysuriques et pyuriques* et même dans les cas de pneumaturie ou d'absence de tout symptôme vésical, l'on pourra découvrir une néoplasie vésicale qui vient de saigner abondamment ou qui prolifère dans le plus complet silence, ce sont les *formes pneumaturiques et latentes.* Et qui plus est, grâce à la cystoscopie l'on pourra se rendre compte de la nature de cette tumeur ; savoir si elle est macroscopiquement d'aspect bénin ou malin ; si elle est pédiculée ou sessile, villeuse ou infiltrée. Cette découverte décélera immédiatement le traitement sans retard. L'on ira de suite enlever même la plus bénigne des tumeurs puisqu'elle peut, elle aussi, devenir le plus malin des néoplasmes. Nous voyons donc combien grand est le rôle de la cystoscopie dans la reconnaissance de toutes les formes cliniques anormales de la tumeur cavitaire vésicale, puisqu'en face des symptômes fonctionnels si variés, c'est elle qui apposera la signature de la lésion véritable, la même pour toutes.

CHAPITRE III

Formes anormales des tumeurs primitives à siège pariétal et excentrique.

Mais les tumeurs cavitaires de la vessie ne forment qu'une partie des tumeurs de celle-ci et il nous reste à envisager tout un autre chapitre des tumeurs de la vessie, d'autant plus intéressant qu'elles donnent toujours lieu à des formes cliniques anormales : nous avons cité les *tumeurs pariétales, vésicales*. Celles-ci, loin de se développer dans l'intérieur de la vessie, sont très souvent pariétales ; très souvent même elles sont excentriques ; c'est dire que leur symptomatologie ne va en rien rappeler celle des tumeurs ordinaires de la vessie. Ici, aucune espèce d'hématurie, très rarement des symptômes urinaires ; mais en revanche de grandes tumeurs qui pourront envahir les différentes régions de l'abdomen. C'est dire qu'elles entraîneront les diagnostics les plus disparates et très souvent les plus inexacts. Comme nous allons le voir, le clinicien croit avoir affaire *à une tumeur abdominale*, *à une tumeur hypogastrique*, *à une tumeur iliaque et lombaire*, *à une tumeur pelvienne* ou même *à une tumeur génitale externe ;* mais rien ne le met sur la voie d'une tumeur à point de départ vésical. Ce sont surtout les myomes de la vessie qui peuvent avoir ce développement excentrique, aussi ne sont-ils jamais diagnos-

tiqués sur le vivant. Ces faits ont été bien mis en évidence par Terrier et Hartmann, dans l'étude qu'ils en ont fait dans la *Revue de chirurgie*. La tumeur, disent ces auteurs, qu'elle envahisse le tissu cellulaire ou qu'elle se développe dans la cavité péritonéale, ne donne pas plus de retentissement vésical qu'une tumeur utérine, il n'y a pas d'hématurie, pas de cystite ; c'est tout au plus si on note de la fréquence et quelquefois un peu de difficulté dans les mictions. Le myome vésical ne trahit en somme sa présence que par le développement lent et progressif d'un néoplasme. Celui-ci gêne simplement par sa présence le fonctionnement des organes voisins de la vessie à laquelle il tient en particulier.

Dans les cas extrêmes, la tumeur peut être très volumineuse et se présenter absolument comme une tumeur des étages supérieurs de l'abdomen.

Terrier et Hartmann citent, dans ce même travail, le cas d'une malade entrée (obs. LVIII) dans le service de l'un d'eux, à Bichat, avec des envies fréquentes d'uriner et des pertes abondantes avec caillots. Par un examen complet de la malade et combinaison du toucher vaginal et palper abdominal, Terrier présume un *fibrome de l'utérus*. A l'intervention, il voit qu'il s'agit d'une tumeur vésicale. Polaillon et Legrand (obs. LIX) citent de même l'observation d'une malade qui se présenta à eux avec un ventre volumineux, comme dans une grossesse à terme. L'abdomen globuleux pointait en avant, surtout dans sa partie inférieure et s'accompagnait de quelques vergétures. Cette tumeur avait mis 12 ans à se développer ; elle était devenue progressivement, par son siège dans le tissu cellulaire du bassin, une cause de

dystocie qui obligea de tenter l'accouchement prématuré sans succès, puis une céphalotripsie. Palaillon pensa qu'il s'agissait d'un fibrome de l'utérus ou d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Il s'agissait en réalité d'un néoplasme excentrique de la vessie. Cette tumeur s'était développée aux dépens du sommet de la vessie vers le point ou s'insère le cordon fibreux, vestige de l'ouraque. Dans ces cas, l'absence de symptômes vésicaux explique comment ces tumeurs ont pu acquérir un volume énorme : 3,200 grammes dans le cas de Polaillon et Legrand. Kouznestzi (obs. LX) cite de même une énorme tumeur de la vessie, dure, qui ressemble à un fibro-myome de l'utérus. Ce sont des symptômes abdominaux de compression, la constatation d'une tumeur volumineuse qui ont constitué le plus souvent les indications opératoires. La nécessité d'intervenir s'est ainsi manifestée tardivement, quand la tumeur a eu acquis un volume déjà considérable. Ces très volumineuses tumeurs peuvent aussi donner des phénomènes de compression des uretères et de l'hydronéphrose comme dans les cas de Belfield et de Riegel (obs. LXI). Les myomes excentriques, d'après Cassanello (obs. LXII), présenteraient, d'autre part, un symptôme des plus importants au point de vue du diagnostic ; c'est l'augmentation de la capacité vésicale. Ce dernier symptôme légitime encore le rapprochement entre les myomes de la vessie et ceux de l'utérus.

Mais il n'y a pas que les fibromes de l'utérus que ces cancers pariétaux de la vessie puissent simuler et Ladmiral (obs. LXIII) rapporte l'observation d'une tumeur formée par la vessie et qui simulait un *kyste de l'ovaire*. Cette malade présentait une tumeur abdominale assez

volumineuse. Elle avait pris un développement rapide et causé un œdème considérable des membres inférieurs, des organes génitaux, et de la partie inférieure des muscles abdominaux. La tumeur augmenta rapidement de volume au point qu'elle gêna bientôt la respiration. Puis, la peau se tend, devient luisante avec un réseau vasculaire très développé. On trouve à la palpation une tumeur située sur la ligne médiane remontant à quatre travers de doigt au dessus de l'ombilic, occupant les régions ombilicales et hypogastriques, et descendant dans le bassin. La percussion périphérique donne la sensation d'une colonne liquide déplacée ; et l'opinion primitive fut qu'on devait avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Puis survint de la rétention d'urine et c'est alors que M. Millard, remplaçant M. Jaccoud, pensa que cette rétention devait avoir son origine dans la compression soit par l'utérus profondément gravide, soit par la tumeur de l'ovaire. Devant un dyspnée très grave, l'on fit alors une ponction avec l'appareil de Potain qui permit d'évacuer 4,500 gr. d'un liquide citrin, répandant une forte odeur d'urine ; malgré cette intervention, la malade succomba. A l'autopsie, l'on découvrit qu'il s'agissait d'une tumeur de la vessie dont le volume atteignait la grosseur d'une tête d'enfant d'un an. Dans un autre cas rapporté par Ceci (obs. LXIV), il s'agissait d'un myome de 2,400 gr. atteignant l'ombilic. Dans celui de Faye (obs. LXV) le volume très considérable fut une cause de dystocie. L'on voit donc, dans tous ces cas, combien nous sommes loin des symptômes ordinaires des tumeurs de la vessie et que dans ces différents cas cités il s'agissait de *formes cliniques anormales, à tumeur abdominale.*

Dans d'autres observations, il s'agit de tumeurs de moindre volume. Parfois, en effet, la tumeur excentrique occupe la paroi vésicale antérieure et c'est alors qu'on peut les sentir par le palper hypogastrique. Souvent il s'agit d'une tumeur de consistance solide ; ce qui fait que l'on ne songe pas à la rattacher à un point de départ vésical. C'est ainsi que dans le cas signalé par M. Morestin (obs. LXVI) l'on avait fait le diagnostic de *tumeur solide de la région hypogastrique* et il s'agissait, en réalité, d'un volumineux néoplasme qui avait infiltré la paroi vésicale. Celle-ci était considérablement épaissie et ce ne fut que dans les tout derniers jours de la maladie que les urines restées claires jusque là devinrent troubles. L'autopsie montra d'ailleurs une tumeur pariétale n'ayant nullement végété dans la cavité de la vessie. Faye, dans son observation, relate de même les symptômes d'une tumeur pelvienne. Il en fut de même de Cassanello ci-dessus cité (obs. LXVII). Dans ces cas, la tumeur vésicale ne se caractérise donc uniquement que par une tumeur de la région hypogastrique, sa consistance spéciale, l'absence de tous les symptômes urinaires permettent donc bien de décrire une *forme clinique anormale à tumeur hypogastrique*.

A côté des tumeurs abdominales ou hypogastriques à point de départ vésical et ordinairement presque médianes, il faut décrire encore comme siège de tumeur les *régions iliaques*, plus rarement la *région lombaire* ; c'est qu'en effet si l'adénopathie ne se rencontre pas très souvent au cours de cancer de la vessie, elle peut cependant exister. Cette adénopathie, dit le professeur Albarran, ne se révèle au début par aucun signe particulier ;

mais, à une période plus avancée, elle se traduit par des symptômes en rapport avec l'augmentation de volume des ganglions.

Ce sont tout d'abord des troubles longtemps très marqués. Les ganglions peuvent en effet comprimer contre un plan osseux colonne ou bassin, les vaisseaux le long desquels ils sont situés, et la compression de veines en particulier amène un symptôme de grande valeur, à savoir de l'œdème. Voillemier et Le Dentu, Feré, Brault, de Gênes et Griffon en ont cité des observations. Dans ces cas il existe une masse volumineuse le long de l'iliaque interne, et on pourra de même assister à l'apparition de douleurs dans la zone du sciatique. Quant à la recherche des signes physiques, elle est plus rare et c'est sans doute la difficulté à trouver cliniquement les ganglions, qui fait que le nombre des observations où ils sont relatés, sont relativement peu élevés par rapport à ceux où on les a découverts à l'amphithéâtre. C'est ainsi que Rochet, de Lyon, a pu, au cours de 21 cas de nécropsies faites pour cancer de la vessie, rencontrer 12 fois des adénopathies, et dans sa thèse, Nicolas cite à ce sujet les observations de Civiale, de Philippart, de Féré, d'Adenot et 7 cas de Pasteau. C'est pourquoi, d'après Rochet, lorsqu'on se trouve en présence d'un urinaire qui se cachectise, sans avoir eu d'hématurie et ne présente aucun des symptômes habituellement rencontrés dans les tumeurs de la vessie, on pourra porter le diagnostic de cancer latent de la vessie si un engorgement ganglionnaire a été perçu dans les fosses iliaques droite ou gauche. Féré, dans son *Mémoire sur le cancer de la vessie*, avait déjà signalé ce fait, en disant que

l'engorgement ganglionnaire de la fosse iliaque se rencontre très rarement ; mais que quand on le trouve c'est là un signe de grande valeur parce qu'il caractérise les tumeurs de la vessie. Nous joignons à la fin de cette thèse deux observations de Rochet (obs. LXVIII et LXIX) qui confirment ce fait. Dans l'une il s'agit d'un homme de 64 ans, en rétention complète d'urine mise sur le compte d'une hypertrophie prostatique. Le malade se plaint d'une *petite grosseur survenue dans la fosse iliaque gauche ;* il n'a jamais eu d'hématurie. Rochet porte le diagnostic de cancer du plancher de la vessie et la cystoscopie le confirme. Dans l'autre, c'est un homme de 72 ans qui ne se plaint que *d'une tumeur de la fosse iliaque*. Le malade ressemble, d'autre part, à un prostatique rétentionniste. Rochet, en présence de ces symptômes, émit de même l'hypothèse d'une tumeur du plancher vésical, et ce diagnostic est reconnu vrai à l'intervention. Dans un autre cas de Latarget (obs. LXX), la symptomatologie était plus riche. Le malade présentait *d'énormes adénopathies iliaques et lombaires* et à l'autopsie l'on trouva toute la vessie remplie de masses dégénérées polypiformes qui avaient comprimé les uretères et entraîné une distension rénale double avec pyonéphrose. Ces adénopathies iliaques et lombaires ayant été les seuls symptômes cliniques pour attester l'existence d'un cancer latent de la vessie, autorisent donc à décrire à celui-ci une *forme clinique anormale à tumeur lombaire et iliaque.*

Un autre siège des tumeurs pariétales de la vessie, est la cavité pelvienne. L'on comprend qu'ici encore, étant donné la multiplicité et le voisinage immédiat des

nombreux viscères contenus dans le bassin, le diagnostic de cancer vésical soit encore extrêmement difficile. Dans l'observation suivante rapportée par M. Lauwers (obs. LXXI), il s'agit d'une femme de 43 ans, émaciée, anémiqne, mère de huit enfants, atteinte de prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de la déchirure incomplète du périnée. A l'exploration bimanuelle, on découvre, outre les lésions indiquées, une tumeur arrondie du volume d'une mandarine prolabée au fond du Douglas à gauche et nettement séparée du bord correspondant de l'utérus. La malade, comme toutes celles qui souffrent de tumeur pelvienne, accusait de la gêne à la miction ; elle se plaignait aussi de douleurs rappelant les efforts d'expulsion. Devant ces faits, le docteur Lauwers crut à la présence d'une *tumeur kystique pelvienne*. En réalité, il s'agissait d'une tumeur du réservoir urinaire, dont l'extirpation fut ensuite pratiquée. Il en fut de même du cas de lymphadénome péri-vésical, dont MM. Marion, Minet et Gandy ont relaté complètement l'observation clinique et la nature anatomique et dont le diagnostic fut si délicat (obs. LXXII). Dans d'autres cas, de telles tumeurs vésicales ont été prises pour des *sarcomes dépendant du squelette du bassin*. C'est dire combien difficile est la reconnaissance de ces tumeurs de la vessie en présence de si peu de leurs symptômes ; c'est pourquoi il est juste de donner une place spéciale à ces *formes cliniques anormales à tumeur pelvienne*.

Il nous reste enfin à envisager les tumeurs de la vessie qui tendent à envahir les organes génitaux externes. Ces variétés se rencontrent surtout chez les jeunes sujets. A cet âge le sarcome vésical est extrêmement proliférant.

La tendance à faire hernie en dehors de la vessie est très marquée, particulièrement chez la jeune fille où l'urèthre est court et il est fréquent de voir la tumeur envahir l'orifice externe de l'urèthre et même la cavité vaginale. Chez le jeune sujet, le sarcome tend de même à atteindre les voies génitales externes et une plus ou moins grande étendue de l'urèthre. Nous trouvons deux exemples très frappants de cette évolution de la vessie. Dans l'un rapporté par le D[r] Mordret fils (obs. LXXIII), il s'agissait d'une femme considérée comme albuminurique et soumise depuis cinq ans à un régime sévère. Elle arriva ainsi à un état de faiblesse extrême. Elle était exsangue, perdant ses urines et exhalant une odeur infecte. Or, à l'exploration physique, *en écartant les lèvres*, on voyait une tumeur gangréneuse du volume du pouce, avec un pédicule assez long ; et sous chloroforme, on reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur dont le pédicule se prolongeait et adhérait à la région du trigone vésical. Il s'agissait donc d'une tumeur papillaire de la vessie, ayant déterminé un volumineux *polype sortant par l'urèthre*.

L'autre observation due à M. Duplant (obs. LXXIV), est celle d'un homme de 64 ans, qui avait depuis 20 ans des difficultés de la miction, sans aggravation, ni accidents notables. On le soumet au régime lacté, son état général s'améliore ; mais le malade rentre de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Lyon, ayant beaucoup maigri, présentant une teinte jaune paille de ses téguments, de l'œdème de ses membres inférieurs et des bourses, survenant le soir. C'est alors que par une observation attentive, on note la présence d'un *noyau volumineux dur à la*

racine des corps caverneux, noyau en forme de fer à cheval, imposant le diagnostic de cancer de la vessie propagé aux corps caverneux. Cette longue période de latence de néoplasme est particulièrement remarquable, d'autant plus qu'elle ne donna pas de rétrécissement de l'urèthre. Le docteur Adenot, de Lyon (obs. LXXV), cite de même un autre cas de tumeur vésicale qui se propageait à toute la *longueur du canal de l'urèthre et aux corps caverneux*. L'on comprend que dans ces différents cas, le diagnostic de cancer primitif de la vessie puisse être parfois difficile et qu'uniquement intéressé par ces différents symptômes génitaux, l'on puisse croire à l'existence d'une tumeur de ceux-ci. Ce nouveau groupe de symptômes invite donc à décrire une *forme clinique anormale à tumeur génitale externe.*

Tel est donc, dans son ensemble, le deuxième groupe de ces formes cliniques anormales des tumeurs de la vessie. Et cette variété extrême de leur aspect général fait donc comprendre comme il sera difficile de les reconnaître cliniquement. Et c'est pourquoi, ici encore, l'on pourra autant que possible avoir recours à un examen cystoscopique des parois vésicales. Parfois, en effet, ce procédé d'exploration pourra faire voir un diverticule vésical se prolongeant dans la tumeur ou une avancée de la paroi en rapport avec l'implantation de celle-ci ; mais, en règle générale, ces différentes tumeurs à *siège abdominal*, *hypogastrique*, *lombaire et iliaque*, *enfin génital externe*, ne seront pas reconnues pour des tumeurs de la vessie. Ce ne sera que la laparotomie exploratrice ou l'autopsie qui en affirmeront le diagnostic.

Et, si nous rapprochons ces tumeurs *excentriques* de la

vessie des tumeurs *cavitaires*, nous voyons que les unes sont les vraies tumeurs de la vessie à *symptomatologie vraiment urinaire*, les autres des tumeurs abdominales dont la *symptomatologie est toute d'emprunt*. Pour les premiers, la *cystoscopie* sera le vrai moyen de les révéler. Pour les deuxièmes, l'*intervention*, mettant sous les yeux la vraie lésion, sera l'unique façon de les découvrir.

OBSERVATIONS

I. — TUMEURS A SIÈGE CAVITAIRE

1°. — Formes anormales hématuriques.

Obs 1. — Tumeur de la vessie diagnostiquée au cystoscope et donnant cliniquement les signes d'une affection rénale. — Rafin, *Société de médecine de Lyon*, 22 janvier 1906.

Malade âgé de 74 ans, n'ayant aucun antécédent du côté des organes urinaires et bien qu'avancé en âge, nullement prostatique. Le 10 novembre 1899 il se met à uriner du sang sans cause appréciable. Cette hématurie persiste depuis lors, sans aucune interruption jusqu'au jour de l'intervention, 20 janvier 1900, c'est-à-dire pendant 70 jours. C'est une *hématurie continue* aucunement modifiée par le repos, sans relation avec aucun phénomène vésical ; le nombre des mictions est resté normal ; l'hématurie n'a jamais été terminale ; l'urine émise avait une teinte noire, foncée, uniforme ; l'évacuation de la vessie à la sonde, avec lavage, n'a pas davantage provoqué le phénomène de l'hématurie terminale. L'examen direct des organes génito-urinaires a été négatif sous tous les rapports, sauf que le rein gauche est accessible dans les fortes inspirations ; ce qui, joint à quelques douleurs dans cette région, pourrait induire en erreur, si l'on pouvait éliminer d'une façon à peu près certaine la tuberculose et la lithiase et admettre la probabilité d'une lésion néoplasique. Il était totalement impossible de déterminer si l'hématurie avait pour point de départ le rein ou la vessie. La cystoscopie seule fit faire le diagnostic ; elle permit de constater qu'aucune hématurie ne se faisait par les orifices urétéraux et que celle-ci se faisait au niveau d'une tumeur siégeant à la paroi supérieure et droite.

Obs. 2. — Forme hématurique discrète. — Marion, *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1905.

Malade âgé de 49 ans, accusant des envies fréquentes d'uriner survenant après le repas de midi ; il urinait alors 3 ou 4 fois dans l'heure ; mais cette pollakyurie passagère ne s'accompagnait d'aucun autre trouble si bien que le malade n'en avait conçu aucune inquiétude. Or, le 26 janvier 1909, le soir en se couchant, il constate que son urine est rouge ; il émet ainsi la valeur d'un grand verre sans ressentir du reste la moindre douleur ; vers 3 heures du matin il urine une seconde fois du sang ; la teinte lui paraît plus accentuée ; puis, à 6 heures du matin, nouvelle miction, même coloration.

Effrayé, le malade vient le jour même, le 27 janvier, à la consultation et lorsqu'on le fait uriner, les urines sont plus claires qu'elles ne l'avaient été dans les mictions précédentes. Le malade rentre à l'hôpital et est remis au repos absolu, malgré lequel les hématuries reparaissent le surlendemain de son entrée et persistent pendant 4 jours sans interruption. Après un arrêt de 2 jours, l'hématurie se reproduit et persiste abondante ; les urines étant colorées en noir brun jusqu'au jour de l'opération.

Il s'agissait d'hématurie totale en apparence ; mais lorsque l'on sondait le malade et que l'on introduisait du liquide dans la vessie, on voyait ce liquide ressortir plus coloré à la fin qu'au début.

D'après le caractère de l'hématurie, M. Marion pense à une tumeur vésicale, diagnostic que confirme la cystoscopie.

2°. — Formes anormales douloureuses.

Obs. 3. — Prof^r Guyon. — Leçon recueillie par M. Glantenay. *Ann. des maladies des org. gén. urin.*, 1896, p. 289.

Malade âgé de 63 ans, bons antécédents héréditaires et personnels. Blennorrhagie contractée à 23 ans ayant évolué en six semaines. Le

début de l'affection remonte à 6 mois ; celle-ci est accusée par un symptôme unique : *la fréquence des mictions*. Cette fréquence reste indépendante de tout autre symptôme pendant une période relativement longue durant 7 à 8 mois. Après cette période seulement, nouveau signe apparaissant progressivement : *la douleur*. L'exploration métallique, relativement tardive puisqu'elle ne fut faite que dix mois après, fut suivie d'une légère hématurie ; puis celle-ci devient constante en même temps que la purulence des urines. Ce fut le cadre ordinaire de la cystite. Il s'agissait en réalité d'un néoplasme de la vessie.

Obs. 4. — Malherbe, de Nantes. Sur les indications et résultats des interventions chirurgicales dans les tumeurs de la vessie. *Association française d'urologie*, 1905, 9e session, Séance du 5 octobre.

Mme Par..., 44 ans, 4 enfants dont la plus jeune a 10 ans Depuis plus de 10 ans, cette femme a un peu d'incontinence d'urine. Il y a 2 ans 1/2, elle rend de gros caillots et elle a présenté de la pollakyurie. Elle a reçu à la campagne des instillations de nitrate et divers médecins ou chirurgiens ont diagnostiqué une *cystite*. Cystoscopie et vision d'une grosse saillie qui parait avoir le volume d'une noix. A l'opération, l'on trouve plusieurs papillomes dont quelques-uns sont incrustés de sels calcaires.

Obs. 5. — Malherbe, de Nantes, *Compte-rendu à l'Association française d'urologie*, 1905, 9e session, séance du 5 octobre.

M. Aub..., 78 ans, pisse assez mal depuis longtemps déjà, mais ne souffre que depuis 5 ou 6 mois. Depuis quelques temps *ses douleurs sont intolérables*. Il n'y a pas de pierre mais une grosse tumeur perceptible par l'examen bi-manuel.

Obs. 6. — Barthélemy Guisy, d'Athènes, in *Annales organes génito-urinaires*, 15 janvier 1907.

Homme 58 ans, de Chypre, marié, souffrant d'*envies fréquentes et douloureuses* d'uriner. Je fus appelé pour lui calmer ses souf-

frances. L'examen local de la vessie ne révéla qu'une extrême douleur de celle-ci. La cystoscopie fit reconnaître la présence d'une tumeur avec un très large pédicule qui occupait la zone médio-supérieure de la paroi antérieure de la vessie. La prostate était malade et un peu augmentée de volume. Les urines étaient troubles et ammoniacales avec quelques rares filaments très fins, sanguinolents ; le malade n'avait jamais eu d'hématurie, ni même une goutte de sang. L'examen des deux régions rénales ne révéla rien d'anormal. L'examen et le palper du foie révélèrent l'augmentation de volume, l'irrégularité, la dureté de sa surface et la douleur. Le malade est mort après quelques semaines, d'une cachexie carcinomateuse.

Obs. 7. — Barthélemy Guisy, d'Athènes, *Annales organes génito-urinaires*, 15 janvier 1907.

Femme, 41 ans, de l'Asie-Mineure, mariée, mais pas d'enfant. Depuis 1 an 1/2 souffrait *d'envies impérieuses et douloureuses d'uriner*. Après ma première visite qui a été faite il y a quelques mois, je n'ai rien remarqué en examinant la vessie ; seulement une extrême sensibilité de la muqueuse vésicale au contact du bec de la sonde exploratrice. Quelques jours après ma première visite, j'ai pu reconnaître par la cystoscopie une tumeur papillomateuse. Cependant la pauvre femme n'avait jamais remarqué aucune hématurie, ni même de gouttes de sang.

Obs. 8. — Polype de la vessie. — Salat, *Société anatomique de Paris*, janvier 1880.

M. Solier présente au nom de M. Salat, interne de M. Debove, la vessie d'un malade mort dans son service le 8 janvier.

Cet homme était couché à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-André, n° 21, depuis six semaines et présentait des symptômes de *cystite chronique*. Il avait de la polyurie. Les urines étaient blanches et purulentes, peu fétides.

La mort est survenue par les progrès de l'affection et du marasme.

A *l'autopsie*, on ne trouve rien de spécial dans les viscères thoraco-abdominaux, ni dans le cerveau et la moëlle.

Le fait remarquable consiste en un polype du volume d'une grosse noisette situé, sur la partie latérale droite de l'orifice du col vésical ; ce polype présente un pédicule court dont la base se prolonge en avant et en bas dans la cavité du col, présence de petites tumeurs rondes occupant tout le bas-fond de la vessie. L'examen histologique démontre la nature papillomateuse de la tumeur.

Obs. 9. — De Lostalot, *Revue des maladies de l'enfance*, 1888.

Cancer du col de la vessie chez un enfant de 4 ans 1/2. A commencé à présenter depuis deux mois environ avant son entrée à l'hôpital de *fréquentes envies d'uriner* suivies de mictions courtes mais répétées et *douloureuses ;* pas la moindre hématurie ne se montrait qui put faire songer à un calcul ou à une tumeur de la vessie. Le malade est amené à Paris où il subit l'examen de plusieurs médecins qui diagnostiquent, les uns une cystite, les autres un calcul de la vessie.

L'enfant vient le 26 juillet à la consultation de M. de Saint-Germain à l'hôpital L'exploration par le palper abdominal et le toucher rectal restent négatifs. On note cependant que quand on introduit la sonde d'argent au moment ou l'on abaisse son pavillon au-dessous de la symphyse pubienne, afin d'achever son introduction dans la vessie, on éprouve à la main une sensation de pénétration dans un tissu mou comme si on pénétrait dans une fausse route. A partir du 1er août, douleurs vives, l'enfant ne peut plus uriner seul et la sonde retire du pus et du sang ; lavage avec une solution de permanganate de potasse au 1/2000. A partir du 3, l'état général s'aggrave, l'amaigrissement augmente, le teint est jaunâtre, le nez effilé, il y a de l'albuminurie et le malade meurt le 6 août, à 6 heures du soir.

A *l'autopsie*, on remarque à l'arrière du col vésical qui est obstrué par elle, une tumeur allongée s'étendant depuis la limite qui sépare la portion fibreuse de la portion prostatique. Le rein présente les lésions du rein chirurgical, du rein ascendant ; enfin il y a de la néphrite à droite et à gauche et de la pyélite.

Obs. 10. — Cas d'un polype fibreux de la vessie chez une petite fille. — Batheray, *The American journal of the medical Sciences*, avril 1882, page 464.

Une petite fille de 19 mois, présentait les symptômes suivants : *Des besoins très fréquents d'uriner, une très grande douleur en urinant et après*. Une fois on a remarqué la présence d'un peu de sang dans les urines. Pendant que l'on en faisait un examen très approfondi, sous le chloroforme, l'enfant se mit à uriner. Au même moment parut au méat une tumeur bilobaire pédiculée de la grosseur d'une noisette. La malade est opérée et meurt six mois après. A l'intervention on trouve fixé à la paroi postérieure de la vessie au moyen d'un pédicule, un polype de la grosseur d'un œuf de poule; les uretères étaient dilatés et les deux reins présentaient des abcès.

Obs. 11. — Flurin : Rapport de Rafin, *9e session française d'urologie*, 1905.

Malade entré à la maison municipale de santé en décembre 1862 pour se faire traiter *d'une cystite* dont il faisait remonter le début à 3 ou 4 mois. Il était atteint de rétention d'urine et se sondait lui-même. Le malade rentre à l'hôpital et meurt après un séjour de moins d'un mois. A *l'autopsie* on trouve une tumeur du bas-fond de la vessie.

Obs. 12. — Cystite chronique. — Nicolich, *Rivista veneta di scienzia mediche*, 1889. *Org. genit. urin., 1890.*

M. T..., 76 ans, traité pendant un mois pour *cystite chronique* et hypertrophie de la prostate, est trouvé porteur, à la vessie, d'un petit papillome adhérant au niveau du trigone vésical.

Obs. 13. — Nicolich, *Rivista veneta di scienzia mediche* 1889, in *Org. gén. urin..., 1890.*

S. G..., 60 ans, a depuis quelque temps des troubles de l'urine que le toucher rectal fait attribuer à une hypertrophie de la pros-

tate avec *cystite consécutive*. Le traitement ordinaire de la *cystite* est institué et reste sans effet. Au bout d'un mois, après avoir fait une boutonnière périnéale par la méthode de Thompson, l'auteur place un tube à drainage qui fonctionne mal. Il se décide alors à la cystostomie sus-pubienne pour placer un tube à drainage hypogastrique. Le malade ne survit pas. A l'autopsie, on trouve une infiltration cancéreuse diffuse de toute la vessie avec noyaux dans les poumons.

Obs. 14. — G. Nicolich, *Rivista venita di scienzia mediche*, 1889, in *Org. gén. urin...*, 1890.

S. P..., âge ? présente des phénomènes de *cystite*. La sonde ne dépasse pas la région prostatique. A la palpation on sent une tumeur dure dépassant de trois doigts la symphyse. Le malade entre à l'hôpital en pleine pyohémie et meurt au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouve une vessie grosse comme une tête d'enfant d'un an, pesant 500 gr.; l'épaisseur à la partie antérieure est de 4 centim. La muqueuse vésicale présente des végétations irrégulières rosées. En certains points la muqueuse est ulcérée. Myosarcome.

Obs. 15. — Boutecou, *Transaction of the americal Surgery association*, p. 505, 1884.

Malade âgé de 28 ans, souffrant depuis deux ans. Le début de l'affection se caractérise par des urines muco-purulentes : bientôt *fréquence des mictions et douleurs*.

L'on fait une boutonnière périnéale et pratique avec le forceps et les ongles l'exérèse d'une tumeur polypeuse occupant la face antérieure et supérieure de la vessie.

Obs. 16. — Boutecou, *Transaction of the americal Surgery association*, p. 505, 1884.

Homme de 26 ans, malade depuis 3 ans. Vessie très irritable, depuis huit mois, aggravation de l'état à la suite de froid, *miction*

fréquente et douloureuse, pus dans les urines, boutonnière périnéale permettant d'extraire la tumeur.

Obs. 17. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs douloureuses de la vessie. — GUYON, *Mémoire original*, 1884, in *Org. genit. urin.* (Leçon recueillie par le Dr GUIARD).

Femme chez laquelle le seul symptôme qui domine est l'exceptionnelle intensité des douleurs. La malade est âgée de 44 ans ; elle a cessé d'être réglée depuis 8 mois ; c'est seulement à cette époque que se sont manifestés les premiers symptômes du côté des voies urinaires. Ils ont commencé par des douleurs de reins auxquelles on n'attacha d'abord que peu d'importance. Cependant les mictions avaient déjà *augmenté de fréquence*, surtout pendant le jour. Il y a 4 mois, elles deviennent *douloureuses* en même temps qu'elles s'accompagnaient d'hématurie caractéristique. Les douleurs surtout sont excessives ; elles sont continues, mais s'exaspèrent à chaque miction et comme celles-ci se reproduisent toutes les 5 minutes, vous pouvez facilement comprendre qu'il en soit résulté un certain désordre mental. La malade se montrait inquiète, agitée et se croyait persécutée. Elle poussait des cris incessants, se levait à tout instant et refusait de manger. Rien ne pouvait la calmer. On lui fit plusieurs piqûres de morphine qui n'amenèrent aucun soulagement. L'état général est donc fort mauvais. Quant à l'état local, il n'est pas meilleur. Au toucher vaginal, à peine le doigt a-t-il franchi quelques centimètres qu'il arrive sur une masse volumineuse faisant saillie comme un cystocècle, mais de consistance très dure. En aucun sens, on n'arrive à limiter cette tumeur. Elle offre donc une très grande étendue. La surface ne présente pas de bosselures, elle constitue une masse très régulière, sans relief saillant, sans inégalité que le toucher vaginal puisse constater. Il s'agit donc d'une forme diffuse. Il n'y a pas de tumeur à proprement parler et les lésions sont étendues à la plus grande partie de la muqueuse vésicale, surtout dans sa moitié inférieure. On pourrait se demander à la rigueur si la tumeur que nous avons constatée ne serait pas un simple épaississement dû à une cystite chronique.

A l'intervention, la dilatation du canal poussée très loin a permis de s'assurer avec le doigt de l'exactitude absolue du diagnostic que le toucher vaginal et l'exploration de la vessie avaient fait porter. A l'aide de la curette de Volkmann, M. Guyon enleva successivement plusieurs couches de néoplasmes dont les débris représentaient une masse énorme. L'examen histologique fait par M. Launois montra bien qu'il s'agissait d'un néoplasme.

Obs. 18. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs douloureuses de la vessie. — Guyon, *Mémoire original*, 1884, in *Org. génit. urin.* (Leçon recueillie par le Dr Guiard).

Homme couché au n° 24 de la salle Saint-Vincent. Vous venez de le voir uriner pendant la visite ; vous avez été témoin des douleurs excessives qu'il éprouve et vous comprendrez sans peine le désir qu'il exprime si vivement d'obtenir à tout prix la délivrance, quand vous saurez que le *besoin d'uriner* se fait sentir tous les quarts d'heure, la nuit comme le jour et s'accompagne parfois de phénomènes *douloureux aussi intenses*.

C'est un homme de 52 ans qui exerce la profession de ferblantier. A l'âge de 26 ans il a eu une blennorrhagie qui a guéri complètement. A 28 ans, il a subi un traumatisme de la région rénale qui s'est très bien terminé. Au reste la santé générale s'est toujours montrée excellente. Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 6 ans ; les envies d'uriner deviennent alors fréquentes et le passage de l'urine est alors douloureux, surtout à la fin de la miction. Il s'agit en un mot de phénomènes *de cystite*. Malgré cette fréquence et la douleur des mictions, le malade peut reprendre son travail. Pendant 5 ans, il ne survint aucune modification importante dans l'état du malade. Sous l'influence du passage à un état plus aigu de la cystite, les urines deviennent plus troubles et offrent une odeur fétide et franchement ammoniacale. L'on pensait donc à une cystite chronique et rien ne permettait de penser sérieusement à une affection cancéreuse ; cependant le malade fut soumis à un examen direct aussi minutieux que possible.

Le toucher rectal fit sentir en arrière de la prostate et sur la face

postéro-inférieure de la vessie du côté gauche, une tumeur offrant à peu près la dimension d'une grosse noix. En même temps il était possible de sentir que la paroi de la vessie, au pourtour de la tumeur, était épaissie et inégale.

A l'intervention, l'ouverture de la vessie permit d'arriver sur une tumeur diffuse occupant tout l'angle latéral gauche de l'organe, d'une partie de la face antérieure et de la face postérieure.

Obs. 19. — Forme cystique. — Marion (Leçon faite dans le service Civiale, hôpital Lariboisière, 1909).

Malade âgé de 50 ans est entré dans le Service Civiale au lit n° 31 le 1er mai parce qu'il souffrait en urinant. Il y a huit ans il a observé une seule fois du sang dans ses urines et ne s'en est pas préoccupé autrement ; depuis il n'a plus jamais remarqué de coloration anormale ; mais, à partir de ce moment il a présenté de la fréquence des mictions qui peu à peu est allée en augmentant en même temps qu'apparaissent des douleurs quand il urinait. Puis, il a remarqué il y a un an que ses urines devenaient troubles et les symptômes fréquence et douleur allant en s'accentuant, il s'est décidé à venir nous consulter.

Actuellement, il urine 4 fois par jour en moyenne, aussi bien le jour que la nuit. Les urines sont troubles, mais s'éclaircissent après le dépôt d'une petite quantité de pus.

En présence d'une telle histoire, à quoi pensez-vous immédiatement ? A une *cystite*, et comme cette cystite est apparue soudainement en dehors de toute blennorrhagie, la première idée qui vient immédiatement c'est qu'il s'agit d'une cystite tuberculeuse. Nous y songeâmes d'autant plus, que le malade présente des noyaux dans son épididyme et dans sa vésicule du côté droit. Or, à l'examen de la vessie, nous pûmes constater que celle-ci présentait une capacité de 120 à 150 gr., un peu grande pour une cystite bacillaire qui occasionnerait les phénomènes accusés par le malade, et d'autre part le cystoscope nous démontra une tumeur infiltrée siégeant à la partie supérieure et gauche de la vessie, tumeur entourée de petits modules de dissémination.

Obs. 20. — Formes cystiques, — Marion (Leçon faite dans le Service Civiale, hôpital Lariboisière, 1909).

Le Dr Michaux envoie au Dr Marion une malade atteinte en apparence d'une cystite sans cause ; *elle était porteur d'une tumeur vésicale.*

Obs. 21 (Inédite).

Notre ami M. le Dr Lavenant, assistant des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière, a eu la grande amabilité de nous communiquer, en souvenir des excellents instants passés ensemble dans le service Civiale, l'observation suivante, ainsi qu'une autre également incluse dans ce travail. Nous le prions de croire à notre sincère et très amicale gratitude.

M. G..., 50 ans, vient à ma consultation le 2 septembre 1907 pour douleurs survenant à la fin de la miction.

Le malade ne présente aucun antécédent urinaire ; bien portant jusque là, il a commencé à maigrir il y a 1 an environ ; quelquefois fièvre le soir s'expliquant peut-être parce que ce malade a un peu de bronchite chronique.

Aucun antécédent urinaire.

Les douleurs vésicales ont débuté 3 semaines auparavant, sont terminales, pas très vives et durent peu. La miction se fait sans aucune difficulté. Aucune hématurie. Les urines sont louches.

Urèthre laisse passer un explorateur n° 22 sans douleurs. Prostate grosse ; il en sort un liquide abondant mais d'apparence normale.

Traitement : Grands lavages vésicaux au protargol à $\frac{1}{2.000}$ Massage de la prostate. Lavements chauds, liqueur de Fowler.

Le 30 septembre, la prostate a bien diminué de volume ; mais ses douleurs n'ont pas disparu, aucune difficulté à uriner, mictions trois fois la nuit, normalement le jour. Cependant après les repas, le malade constate une douleur légère au moment de la miction (début). Urines un peu louches, massage de la prostate et instillation vésico-prostatique.

Le malade se trouve soulagé au bout de quelques séances.

20 décembre : ce malade revient avec les mêmes symptômes qu'en septembre. Même traitement. A l'examen complet il s'agissait d'un néoplasme vésical.

3° Formes anormales rénales : hydronéphrose.

Obs. 22. — Cancer latent de la vessie ayant entraîné une hydronéphrose bilatérale, chez un homme qui ne présenta que des signes de brightisme. — De Gennes et V. Griffon, *Société anatomique, Paris*, 15 juillet 1898.

Il s'agit d'un cancer de la vessie complètement latent, marqué toute la vie par des signes du mal de Bright, lesquels relevaient non pas de l'atrophie rénale, mais de l'artério-sclérose périphérique d'une part et d'autre part d'une *hydronéphrose bilatérale* consécutive à l'obstruction incomplète par le cancer des uretères à leur extrémité inférieure.

Observation résumée. Le malade âgé de 60 ans, obèse, grand buveur, était entré à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Dieulafoy, en 1896, salle Trousseau, lit n° 8, pour de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum. On lui trouva dans l'urine 1 gr. d'albumine environ par litre. Tout cela disparut assez vite par le repos et le régime lacté. On porta le diagnostic de néphrite interstitielle chronique, car le malade présentait depuis quelque temps tous les petits accidents des brightiques. Il était pâle, facilement oppressé, réveillé fréquemment la nuit par des crampes et des accès de suffocation. On voyait au niveau des tempes, l'artère temporale se dessiner très flexueuse ; la radiale était dure, en plume de corbeau.

Le malade se plaignait de maux de tête, de bourdonnements d'oreille, de troubles de la vue (mouches volantes) de sensation du doigt mort, de démangeaisons en diverses parties du corps sans éruption. A différentes reprises il se produisit des épistaxis aussi bien la nuit que le jour.

Enfin on notait de la pollakyurie et de la polyurie.

Le diagnostic de mal de Bright s'imposait d'autant plus que l'auscultation du cœur faisait parfois entendre un bruit de galop assez net. C'est comme brightique que nous avons soigné ce malade pendant plusieurs semaines, lorsque M. Dieulafoy nous eut laissé le service pour prendre celui de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il ne pouvait être question d'un autre diagnostic. Les épistaxis revenaient abondants et fréquents. Les urines demeuraient pâles, peu denses, non albumineuses, les mictions étaient peu fréquentes ; on recueillait 4 à 5 litres d'urine et parfois davantage dans les 24 heures. Il n'y eut jamais d'hématurie ni de pyurie.

Il ne survint pas d'amaigrissement notable. Le seul symptôme qui eut pu attirer l'attention sur les voies urinaires fut, dans les derniers jours, une soif vive (sans cependant qu'il y eut sécheresse de la langue) une dysphagie buccale insuffisante pour imposer un diagnostic que l'examen des organes ne suscitait nullement.

Le malade s'affaiblit et mourut presque subitement, après avoir séjourné en tout, trois mois à l'hôpital.

L'autopsie nous réservait une surprise. En effet, à côté de l'hydronéphrose bilatérale, on trouve un cancer végétant de la cavité vésicale, comprimant les deux uretères à leur extrémité inférieure.

Obs. 23. — Papillome de la vessie et de l'urèthre suivi d'hydronéphrose. — SAVERIO SPANGARO, *Il Policlinico*, 15 mars 1898. — in *Anal. org. gen. urin...*, 1899.

Giovanini N..., 3 ans, de parents sains et vivants, commençait à dépérir lorsque la mère s'aperçut que l'enfant portait ses mains à ses parties génitales, paraissant en souffrir. Le jet d'urine, après quelques efforts, arrivait régulier ; seulement, la fin de la miction se faisait goutte à goutte ; les urines teintées en rose contenaient de petits coagulums. Pas de fièvre. En présence de ces symptômes, un médecin appelé diagnostiqua la pierre et fit la taille. Il ne trouva aucun calcul ; mais quelques petits amas charnus examinés au microscope firent rectifier le diagnostic et adopter celui de

papillome de la vessie. Suites opératoires bonnes ; mais bientôt survinrent des troubles généraux et la mort dans des convulsions urémiques.

Autopsie : *hydronéphrose double.*

Obs. 24. — Hasenmayer, thèse Erlanger, 1895.

Autopsie d'un papillome gros comme une petite pomme, siégeant sur l'orifice urétéral droit avec *hydronéphrose du rein correspondant.*

Obs. 25. — Krahn, *Dento. med. Wochen.*, 1829.

Homme de 49 ans dont le rein droit augmente de volume depuis 3 ans et forme une tumeur. Le cystoscope montre une papillome sur l'orifice urétéral. Taille hypogastrique ; ablation de la tumeur et cautérisation. Guérison en 19 jours et *disparition de l'hydronéphrose.*

Obs. 26. — Réverdin. — Lemaitre, *Tumeurs péri-urétérales de la vessie*, in thèse de Paris, 1903.

Autopsie d'un homme chez qui on trouve une tumeur papillomateuse sur le trigone et une *hydronéphrose.*

Obs. 27. — De Burckardt (de Bâle), *Beitrage Thrap. des Rottenpolypen der Hamkase*, 1902.

Hydronéphrose due de la même façon à un papillome vésical rapporté par Nicholich.

Obs. 28. — Brightisme. Cancer vésical à symptomatologie anormale. — I. Raberi, *Gazette hebdomadaire* et *Société de Médecine de Bordeaux*, 1902.

Malade Virginie M..., âgée de 58 ans, lingère, entre à l'hôpital le 5 novembre 1901. La maladie actuelle a débuté il y a environ 3 ans par une douleur nerveuse survenant brusquement au niveau

de la colonne lombaire avec sensation de pesanteur au périnée et s'irradiant à la partie inférieure de l'abdomen jusqu'à la racine des cuisses ; peu après, les urines, jusque-là limpides, deviennent hémorrhagiques.

En plus il y a un certain nombre de *petits signes du brightisme de Dieulafoy*, sensation du doigt mort, crampe dans les mollets, cryestémie, secousse électrique, pollakyurie légère, enfin quelques troubles visuels avec albuminurie appréciable. A la palpation, zone douloureuse au niveau de la région lombaire gauche et qui devient intolérable si on exerce une pression assez forte. On porte le diagnostic de néphrite hématurique au niveau du rein gauche et une néphrotomie est décidée. M. Pousson pratique l'endoscopie et constate un néoplasme jusque-là ignoré, nettement pédiculé et s'insérant tout près de l'embouchure de l'uretère gauche.

Obs 29. — Pyélite. Sarcome de la vessie ignoré avec urétéropyélite suppurée avec distension. — P. Dittrich, *Prager med. Woch.*, 1889, in *Ann. org. gén. urin.*, 1890.

Garçon de 21 mois, mort sans qu'on sache bien comment, à l'autopsie duquel on trouva une *urétéropyélite suppurée avec distension* sur la paroi postérieure de la vessie ; vers le bas-fond siégeait une tumeur qui avait envahi la prostate et les vésicules séminales. Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Obs. 30. — Albarran, *Tumeurs de la vessie.*

Homme de 45 ans dont l'affection a débuté il y a 18 mois par des mictions fréquentes. Il n'y a jamais eu d'hématurie. On l'opère de *pyonéphrose* ; il meurt 3 mois après et ce n'est que l'autopsie qui découvre un néoplasme de la vessie.

Obs. 31. — Tumeur de la vessie à symptomatologie rénale. — Dr Bensa, *Bulletin Société de médecine de Nice*, n° 10, 1907.

M. M..., garçon de restaurant, âgé de 50 ans, est vu pour la première fois par le Dr Bensa au commencement de 1907. Le ma-

lade accuse à ce moment une *sensation douloureuse au niveau du rein gauche* et des envies fréquentes d'uriner ; l'état général n'est pas altéré. L'inflammation vésicale étant, à ce moment, le symptôme dominant, un traitement au conséquence est pratiqué. La résistance de la maladie au traitement habituel entraîne un examen complet de la vessie ; entre autre le toucher rectal au niveau du bas-fond vésical entraîne une violente douleur dans le rein gauche par réflexe vésico-rénal. Le diagnostic de tumeur de la vessie, avec cystite néoplasique, est posé. En effet le malade à qui l'opération est conseillée et qui a été opéré à Paris, présentait un épithéliome vésical largement implanté sur la moitié gauche de la paroi inférieure dans le voisinage de l'uretère. A la suite de cette intervention l'état général et local s'améliora notablement ; mais en mai 1905 le malade a *deux crises néphrétiques* avec 38°5 et 39°. Après cessation de ces phénomènes, on pratique une cystocopie et l'on trouve une tumeur végétante au niveau de l'embouchure de l'uretère gauche avec un bourgeon inséré près du col vésical ; cette disposition explique les crises.

Obs. 32.

Nommé R. ., 50 ans, atteint de rhumatisme depuis longtemps, entre à l'hôpital le 13 janvier accusant des douleurs vives dans la région du rein. Il ne peut retenir son urine. Le rein droit devient ensuite le siège de douleurs atroces, intolérables avec une hématurie considérable. Le malade meurt le 18. On croyait avoir affaire à une *néphrite calculeuse* ; mais l'autopsie montre la grande épaisseur des parois de la vessie et la cavité vésicale toute petite.

Obs. 33. — Myxo-sarcome de la vessie. Guérison après opération. — A. Blanc, *Société de médecine de Bordeaux*, 2 octobre 1904. *Anal.* in *Org. genit. urin.*, 1902.

Le malade n'a dans ses antécédents héréditaires aucun renseignement à relever. Dans ses antécédents personnels peu de chose : une fluxion de poitrine à 14 ans, une blennorrhagie très courte à

26 ans, et, une opération au testicule qu'il aurait subie il y a 3 ans et qui nous a semblé une cautérisation, et l'ablation partielle de l'épididyme pour *tuberculose génitale.* Il aurait été soigné et guéri à cette époque d'une cystite.

En octobre 1903, il se présente à la consultation de Saint-Raphaël avec des *phénomènes vésicaux*, *mictions fréquentes*, *urines purulentes* et un état général mauvais. Il est soigné à ce moment comme atteint de cystite bacillaire et soumis à un traitement général et à des instillations d'huile gaiacolée. A la fin de novembre 1903, il entre à l'hôpital du Tondu.

A ce moment les phénomènes dominants se passent du côté du rein gauche ; ce rein est très douloureux à l'exploration ainsi que l'urétère du même côté qui semble d'ailleurs volumineux au niveau de son embouchure dans la vessie surtout. Les urines sont purulentes. Le 12 décembre 1903, une intervention chirurgicale est pratiquée ; le diagnostic porté est *tuberculose rénale.* On trouve un gros rein congestionné mais aucune lésion suffisante pour autoriser une néphrectomie. A la suite de cette intervention, l'état général du malade s'améliore beaucoup. Les douleurs du rein, les hématuries, les fréquences des mictions disparaissent ; cependant, quelque temps après, un phénomène nouveau apparaît sans aucuns troubles vésicaux ; le malade ne peut plus uriner seul.

Le canal est libre, il n'y a rien du côté de la prostate.

Au toucher rectal on sent comme une bosselure au niveau de l'embouchure de l'urétère gauche. On pratique la cystoscopie et on découvre une petite tumeur pédiculée située à gauche de la vessie et au dessus du col, situation qui avait longtemps échappé aux investigations pratiquées antérieurement. La pièce a été examinée et il s'agit d'un myxo-sarcome.

Obs. 34. — Tuberculose rénale. — Dr Crick, *Société belge de chirurgie*, 22 avril 1899. *Org. gén. urin.*, 1900.

Marie V..., 54 ans, ménagère. — Depuis l'année 1896 la malade a eu de *fréquents besoins d'uriner*. Ces besoins n'ont fait qu'augmenter jusqu'aujourd'hui.

A la fin du mois d'août 1898, la malade a commencé à voir le sang dans son urine. L'hématurie se produisait surtout après une grande fatigue lorsque la malade se livrait, par exemple, aux travaux des champs.

Lorsque la malade se présente à la polyclinique, au mois de novembre 1898, la palpation abdominale combinée au toucher vaginal, révèle la présence d'une tumeur assez considérable dans la vessie. L'examen cystoscopique vient confirmer le diagnostic.

L'*opération* est faite le 11 novembre 1898.

Dans un premier temps, après avoir introduit une sonde cannelée dans l'urèthre, M. Verkoogen incise la vessie par le vagin ; il ne parvient cependant ainsi à extraire, par la boutonnière vésico-vaginale, qu'une portion très incomplète de la tumeur.

La malade qui était pendant ce premier temps dans la position obstétricale, est ensuite placée dans la position de Tredenlenburg. La cystotomie sus-pubienne est alors pratiquée, et le reste de la tumeur entière avait le volume d'une petite noix.

4°. — Formes anormales dysuriques : Rétention.

Obs. 35.

G. Edmond, 5 ans, la maladie a débuté au mois de juin 1898 par de la *rétention d'urine*. Le petit malade a dû être fréquemment sondé par un médecin ; depuis cette époque les urines étaient purulentes.

Le 22 décembre 1898, lorsqu'on nous présente le petit malade, il est dans un état cachectique déjà avancé. L'amaigrissement est considérable. L'appétit est nul, le cathétérisme ramène des urines purulentes. Sur la ligne médiane, la palpation du ventre fait sentir une tumeur des dimensions d'une grosse orange allongée de haut en bas, bien circonscrite, paraissant superficielle. Cette tumeur est dure, résistante, mate à la percussion ; le toucher rectal ne fournit pas de renseignements.

L'*opération* est pratiquée le 22 décembre, le jour même de l'entrée du petit malade. Au cours de cette intervention, l'exploration

digitale fait découvrir un néoplasme du volume total d'une mandarine, mais formé de lobules arrondis et accolés. Il s'agissait d'un fibro-myxome de la vessie.

M. Crick ajoute à la fin de son observation : le diagnostic de cette tumeur était difficile, car le seul symptôme était une distension de la vessie, par suite de la rétention d'urine. La tumeur formait une sorte de bouchon qui obstruait le canal.

Obs. 36. — Prostatisme. — Albarran.

Homme de 62 ans, entré le 31 janvier 1888 à la salle Civiale. Depuis 7 ans on le sonde pour des accidents de *prostatisme*. Le malade n'a jamais eu d'hématurie ; on n'a jamais pensé à un néoplasme. A l'autopsie on découvre un épithéliome encéphaloïde.

Obs 37. — Myome kystique de la vessie. — Liston, in *Med. Times gaz.*, août 1862.

Homme se plaignant surtout d'une *obstruction ou difficulté de la miction*. Par le passage d'un cathéter, Liston trouve un corps mou, dépressible, formant un obstacle dans la portion prostatique de l'urèthre. Cystostomie ; le fibro-myome s'échappe de la vessie, examiné par Knox, il s'agit d'un myome dégénéré.

Obs. 38. — Reboul (de Nîmes), *Association française des médecins et chirurgiens urologistes*, 1897.

Femme de 35 ans atteinte de rétention d'urine avec regorgement ; malgré le traitement, *les mictions deviennent impérieuses* et les *urines commencent à devenir troubles*. La cystoscopie révèle une énorme tumeur papillomateuse avec de très longs prolongements qui occupent une grande partie de la zone supérieure de la paroi antérieure de la vessie Un jour, la malade est prise de rétention complète ; l'on remarque alors que l'urèthre était complètement fermé par un bouchon enclavé solidement dans l'orifice uréthral et qui était une longue excroissance de la tumeur. La malade n'avait, d'ailleurs autrefois, remarqué aucune hématurie.

Obs. 39. — Rétention vésicale, au cours de laquelle un polype à long pédicule venait obstruer l'urèthre. LOUMEAU, *Congrès français de chirurgie*, 1894. Anal. *Revue de chirurgie*, 1894 (congrès).

Homme de 36 ans, souffrant depuis 2 ans de la vessie ; sa miction est gênée ; son jet tantôt serré, tantôt large ; parfois il y a de la *rétention complète avec sensation* d'un bouchon obstruant profondément l'orifice uréthal avec chatouillement au bout de la verge. Croyant à l'existence d'un rétrécissement blennorrhagique, l'on passe au malade une bougie n° 18 dont la facile introduction suffit à l'émission d'urine pendant les crises de rétention. A l'examen pratiqué fin juin 1894, M. Loumeau ne constate ni rétrécissement, ni calcul et malgré l'absence de signes physiques affirmatifs répétés par la palpation, l'on conclut à l'existence probable d'un papillome de la vessie situé au voisinage du col. L'endoscopie montra en effet dans la suite sa présence, et par une taille hypogastrique la petite tumeur fut extirpée.

Obs. 40. — Tumeur de la vessie. — P. DERNOIR-JINSKI. *Presse méd.*, 16 juin 1894.

Une malade présentait des mictions qui étaient par moment *brusquement arrêtées* comme s'il s'agissait de calcul de la vessie ; il s'agissait en réalité d'un seul polype inséré au niveau de l'orifice interne de l'urèthre.

Obs. 41. — Néoplasme de la vessie, diagnostic et indications opératoires. — M. GUYON, *Org. gén. urin.*, août 1899.

L'histoire de ce malade est complexe et particulièrement intéressante ; car ce ne fut pas l'hématurie qui fut le premier symptôme ; mais les *troubles de la miction*. Ils débutèrent vers le milieu de l'année 1884 et ce ne fut qu'en 1886 que les urines commencèrent à être teintées en rouge ou a être de couleur brunâtre et les grandes hématuries ne datent que de mai 1887.

On me présenta le malade en octobre 1885 et ne croyant pas avoir lieu de penser à un néoplasme, je me contentai de faire l'examen qui m'était réclamé; c'est-à-dire le cathétérisme explorateur au point de vue d'un calcul, et ne trouvai rien. Le malade avait alors 13 ans.

Je le perdis immédiatement de vue et je n'eus de ses nouvelles que pendant l'été de 1887. A cette époque M. le D[r] Tardieu, de Blois, m'envoya des fragments de tumeur rendus au cours d'une hématurie. Ce ne fut que le 28 mai 1888 que M. Guyon intervint et il s'agit d'une tumeur en forme de figue du volume d'une grosse noix, dans sa partie renflée ; elle s'attachait par un pédicule mince de 7 à 8 millim. de diamètre immédiatement en arrière du col vesical à gauche.

M. Guyon ajoute : le diagnostic est ici d'autant plus intéressant qu'il fut d'abord erroné. L'absence du symptôme hématurie fut certainement la cause de l'erreur. Il faut donc s'attendre dans quelques cas à ne la voir paraître que tardivement.

Obs. 42. — Du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. — Bazy, *Médecine moderne,* n° 3. *Org. gén. urin.*, 1896.

Il s'agit de deux observations ayant pour but de démontrer que la résection partielle ou totale de la vessie, peut être étendue à la zone des uretères.

La première observation se résume ainsi : début par phénomènes de cystite, hématurie profuse, douleurs avec *rétention incomplète*, tumeur au voisinage du col à droite, taille hypogastrique, diagnostic vérifié, guérison. Il s'agissait de deux tumeurs, l'une du volume d'une petite noix située à droite et en arrière du col, l'autre tout à fait à droite du col.

Obs. 43. — *Médecine moderne,* n° 3. *Org. gén. urin.*, 1896.

La deuxième observation relate une tumeur de la vessie avec *rétention incomplète ;* pas de sensation nette au cathétérisme ni au toucher, taille hypogastrique, petit épithélioma siégeant au voisinage du trigone du côté droit.

M. Bazy termine son travail en mettant en relief les points suivants : l'hématurie au début de la miction et la rétention complète sont des signes de tumeur siégeant au voisinage du col, et on peut les regarder comme deux signes de premier ordre, si l'examen rectal fait constater l'état sain de la vessie.

Obs. 44. — Sarcome de la vessie ayant simulé une rétention d'urine. — Lecène et Chené, *Société anatomique*, janvier 1909.

Il s'agit d'un vieillard de l'hospice d'Ivry, âgé de 82 ans, habituellement bien portant, aux dires de la surveillante de sa salle ; il se plaint un soir de douleurs vagues dans le ventre. L'inspection de l'abdomen montre une tuméfaction médiane très saillante, prédominant dans la région hypogastrique et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Au palper, cette tuméfaction régulière donne une sensation de résistance très nette ; et l'on a tout de suite l'impression *d'une vessie distendue à l'extrême.* Interrogé sur la régularité de ses mictions, le malade dit qu'il a beaucoup de peine à pisser et que ses urines coulent goutte à goutte.

Le cathétérisme pratiqué aussitôt et très facilement avec une sonde molle, retire 150 centim. cubes d'une urine claire et d'apparence normale.

La tuméfaction hypogastrique n'étant pas modifiée, on fait une nouvelle tentative de cathétérisme avec une sonde rigide. Celle-ci n'amène pas d'urine. Une ponction sus-pubienne est alors pratiquée avec un fin trocart de l'appareil Potain.

Elle donne issue à un liquide rougeâtre puis sanguinolent et enfin constitué par du sang presque pur sans modification dans le volume de la tuméfaction vésicale.

Une sonde métallique, introduite dans la vessie une heure après donne 100 centim. cubes d'urine claire ; on pense alors que la vessie parésiée, à la suite de l'excès de distension, ne peut plus se contracter pour expulser l'urine qu'elle renferme, et l'on pratique une cystostomie.

Au moment où l'on pénètre dans la cavité vésicale, il s'échappe de celle-ci une grande quantité de caillots sanguins et de fragments

néoplasiques, en même temps que se produit une abondante hémorrhagie, laquelle s'arrête d'ailleurs assez vite. Le doigt introduit dans la vessie perçoit l'existence d'une cavité à parois dures et irrégulières.

A *l'autopsie*, pratiquée huit jours après, on trouve un volumineux sarcome sous-péritonéal développé aux dépens de la paroi postéro-supérieure de la vessie et dans l'intérieur duquel se prolonge la cavité vésicale. La prostate est normale.

La sensation fournie par le palper de cette tumeur est exactement celle qu'elle donnait sur le malade à travers la paroi abdominale qui rendait inévitable la confusion avec une rétention d'urine chez un sujet âgé à miction imparfaite et présumé prostatique.

L'*examen histologique* a montré qu'il s'agissait bien d'un sarcome fibro-cellulaire du pôle supérieur de la vessie ; il existait dans ce sarcome à développement rapide, des figures de caryokynèse extrêmement nombreuses.

Obs. 45. — Incontinence. — Henry Morris, *Lancet*, 26 avril 1886, p. 751.

Malade opéré deux ans avant d'un gros calcul prostatique par l'incision périnéale. Un an après des *douleurs vésicales et des hématuries* engagèrent le chirurgien à recourir à une nouvelle intervention.

Boutonnière périnéale. Dans une première opération, le chirurgien ouvre le périnée sur l'ancienne cicatrice et explore la vessie ; mais il ne trouve pas de calcul ; mais le doigt rencontre, sur la paroi supérieure un peu à droite, une tumeur molle et ayant une base d'implantation de la largeur d'une couronne mobile et non infiltrée. Dans une seconde opération, ablation d'une tumeur villeuse très vasculaire.

Obs. 46. — Tumeur de la vessie à implantation uréthrale. — Duhot, *Société médico-chirurgicale du Brabant*, Ann. in *Org. gén. urin.*, n° 2, 15 janvier 1901.

Malade âgé de 45 ans, ne possédant aucun passé génito-urinaire,

à part la syphilis contractée il y a dix ans. Le malade vient consulter il y a un an pour *fréquents besoins d'uriner*. Au cystocope, colonne vésicale trop développée pour l'âge du malade, seul symptôme de sclérose. L'année suivante, le malade revient consulter pour *un besoin impérieux d'uriner* qui ne le quitte plus un seul instant ni le jour ni la nuit et que rien ne parvient plus à calmer. Le cystoscope montre le col vésical complètement envahi par une tumeur qui le bouche.

5°. — Forme pyurique (Legueu).

Obs. 47. — Marion, *Revue pratique des maladies des org. gén. urin.*, mai 1905.

Malade, qui parce que son état général faiblissait, se décide à consulter. Un examen d'urine démontre un peu d'albumine et de pus ; d'ailleurs aucun symptôme susceptible d'attirer l'attention du côté des voies urinaires, pas de fréquence, pas de douleur. D'autre part rien dans les antécédents du malade ne permet d'expliquer *l'origine de cette pyurie*. Un traitement améliore l'état général ; mais la pyurie persiste ; de temps en temps cette pyurie s'accompagne même de l'évacuation d'un grumeau analogue à du pus coagulé. Un jour, ce grumeau étant un peu plus volumineux, on le fait examiner et quel n'est pas l'étonnement du médecin en apprenant que ce grumeau est constitué par des masses d'épithélioma polystratifié disposé autour d'un très fin stroma conjonctif pourvu d'anses vasculaires. En somme, ce prétendu grumeau était un fragment typique d'un papillome vésical. Une cystoscopie pratiquée par M. Legueu confirma le diagnostic en montrant un papillome implanté sur la partie supérieure de la paroi durcie de la vessie.

6°. — Formes anormales pneumatosiques.

Obs. 48. — Tardieu, *Société anatomique de Paris*, 1840.

M. Tardieu présente une masse cancéreuse ramollie ayant établi une communication entre la vessie, le colon transverse et le rectum.

La dégénérescence de nature encéphaloïde s'était développée au dehors de ce dernier intestin. Il résultait de cette communication un phénomène assez curieux : c'était *l'excrétion de vents par la verge.* A la partie la plus reculée du canal de l'urèthre, on trouva une infiltration purulente de ses parois, avec commencement de gangrène. Pendant la vie il était sorti de l'urèthre un lambeau membraneux que l'on avait pris pour une portion de ses parois elles-mêmes. Il y avait en outre une double néphrite. Les reins présentaient un grand nombre de points ramollis rouges et purulents

Obs. 49. — Pneumaturie vésicale dans un cas de tumeur de la vessie. Séparation spontanée des gaz du sang. — Adenot, de Lyon, *Arch. provinciales de chirurgie*, juillet 1905, Anal. in *Org. gén. urin.*, 10 septembre 1906.

C..., âgé de 67 ans environ, lutteur, vient à l'Hôtel-Dieu, la nuit, le 27 septembre 1897 pour une hématurie récente et abondante. Nous sommes appelé à l'opérer immédiatement.

Observation : Cet homme, remarquablement vigoureux, est d'une musculature puissante, le ventre est ballonné, météorisé surtout dans la partie inférieure ; la miction est impossible. C'est en somme pour une rétention d'urine que le malade entre à l'hôpital ; mais on ne constate pas de matité vésicale, pas un cathétérisme antérieur ; avec une sonde, on se rend compte facilement que la vessie est remplie de caillots.

Opération. — L'anesthésie à l'éther est très pénible, le malade est incontestablement alcoolique. Nous sommes surpris, une fois la paroi incisée, de ne pas constater de matité. Impossible de reconnaître la vessie par les signes ordinaires de la distension du globe vésical.

A la place de la vessie nous trouvons une paroi mince distendue, cette poche est sonore comme un tambour, pas de fluctuation mais de chaque côte plus profondément, empâtement de la région. Nous sommes cependant évidemment sur la paroi vésicale surdistendue par des gaz ; l'intestin est répéré avec soin.

Incision prudente de ce ballon et immédiatement un sifflement

caractéristique est suivi de l'affaissement de la paroi. Nous trouvons alors la vessie remplie par une énorme quantité de caillots récents, rouges que nous évacuons par un bon lavage. Sur le sommet de la vessie existe une tumeur pédiculée du volume d'une grosse amande qui est sectionnée et ligaturée. Une autre tumeur est trouvée plus bas et, par suite d'une hémorrhagie assez sérieuse, une pince est laissée sur le pédicule. Tamponnement de la vessie à la gaze stérilisée.

Suite : Après l'opération, le malade, au réveil, est pris d'une véritable folie furieuse ; sa vigueur extraordinaire met aux champs les aides qui le maintiennent, et dans la nuit, malgré toute surveillance, il arrache la pince, ce qui provoque une déchirure profonde.

Mort 3 jours après.

En résumé : *tumeur de la vessie*, *hématurie profuse*, *production de gaz dans la vessie.*

Obs. 50. — Pneumaturie vésicale au cours d'un néoplasme vésical, avec perforation intestinale (observation inédite du Dr Lavenant, assistant du Service Civiale à l'hôpital Lariboisière, 1908).

Le 6 avril 1908, il s'agit d'un malade qui éprouve des douleurs très vives en urinant ; les urines ont des filaments purulents. Instillation vésicale de nitrate, 1 °/₀. Cystoscopie le 8 avril.

Vessie avec des colonnes peu accentuées ; cependant bas fond plus rouge que normalement, piqueté rouge. La prostate fait une légère saillie ; les orifices urétéraux sont normaux. A la partie supérieure de la vessie, au niveau et un peu en arrière de la bulle d'air, on trouve une partie un peu plus rouge que le reste de la vessie formant une dizaine de petites élevures, bourgeons lisses sans aucuns caractères et ne faisant pas penser à un néoplasme. Je demande au malade de venir me voir de nouveau dans quelque temps.

Juillet 1908. — Le malade revient parce qu'il lui a semblé *rendre des gaz par la vessie*, il a des envies fréquentes et des douleurs au début et à la fin, urines très sales. Cystoscopie. A la partie supérieure de la vessie on trouve des bourgeons assez gros, irrégu-

liers, de coloration normale et laissant voir un cratère où l'on voit une masse noirâtre (probablement matière fécale). Diagnostic de néoplasme vésical avec perforation intestinale ; le reste de la vessie est rouge, congestionné.

Je propose au malade une intervention, me proposant, non d'extirper le néoplasme, mais si possible faire une exclusion de la portion intestinale adhérente, afin qu'il ne s'écoule plus de matière dans la vessie.

Opération le 6 juillet avec MM. Villandre et Le Moine. Incision sus-pubienne. On trouve le cœcum d'un côté et le colon descendant adhérents à la vessie sur la ligne médiane. Fermeture immédiate de la paroi.

Le malade rentre chez lui le 7 juin et meurt 1 mois après de cachexie. Les douleurs étaient épouvantables à chaque miction et celles-ci très fréquentes, empêchaient tout repos.

7°. — Formes anormales latentes.

Obs. 51. — Cancer latent pur. — Duplay.

Homme de 79 ans qui succombe à l'hospice des incurables, sans s'être jamais plaint des voies urinaires. L'*autopsie* montre une production fongueuse du bas fond de la vessie, renfermant dans son sein des cellules cancéreuses.

Obs. 52. — Pétrification périphérique d'une tumeur villeuse de la vessie. — Nicaise, *Revue de chirurgie*, mars 1875.

Un homme de 78 ans entre le 5 avril 1876 dans mon service à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry pour des troubles urinaires avec subdelirium. Il porte deux hernies inguinales depuis 30 ou 35 ans. La mort survient au bout de deux jours.

Les reins ont une consistance et un poids normaux ; le parenchyme du bassin est infecté.

La vessie renferme 150 gr. d'une urine épaisse, sale, boueuse.

La muqueuse est infectée dans toute son étendue ; au niveau du col, elle est hypertrophiée et indurée ; cette induration occupe tout le pourtour du col et s'étend peu sur la face inférieure de la vessie. Sur le côté droit de la vessie, en arrière et à droite de l'orifice de l'uretère, existe un fongus villeux assez considérable au milieu duquel se trouve une sorte de calcul adhérent, recouvert en partie par les villosites qui pénètrent dans ses anfractuosités. Le calcul présente une forme ovalaire, son poids est de 16 gr.; il est creusé de nombreux espaces libres et ressemble un peu à une mousse qui aurait été enveloppée de dépôts calcaires par une source pétrifiante. Chez notre malade, les dépôts de phosphate et de carbonate se sont faits autour des filaments de la tumeur villeuse. La portion du calcul qui en formait la base était adhérente et était plus compacte que la partie superficielle, laquelle montre plus nettement le dépôt calcaire autour des prolongements villeux.

Obs. 53. — Brault. — *Société anatomique*, 1er juillet 1898.

M. Brault a observé un cancer, également latent de la vessie, au cours d'une *autopsie*.

Obs. 54. — Tumeurs latentes de la vessie. — Guyon, *Journal des praticiens*.

M. Guyon relate l'observation d'une tumeur énorme de la vessie (2.000 gr.) qui est déposée comme pièce rare au musée Dupuytren. Cette tumeur ne s'était manifestée durant la vie par *aucun symptôme clinique*.

Obs. 55. – Uréthrotomie membraneuse. — Thompson, Fibro-papillome, 1880.

Homme de 23 ans, malade depuis 3 ans 1/2. *Les symptômes étant obscurs* le 6 novembre 1886, Thompson sectionne l'urèthre membraneux et enlève, avec une pince, une excroissance polypoïde unique. Guérison rapide.

Obs. 56. — Tumeur vésicale latente. — Legueu, *Journal des praticiens*, 13 février 1909.

Cas où l'hématurie fait défaut. Le diagnostic devient alors très difficile et ce n'est plus pour ainsi dire qu'une question de hasard.

Un homme de 40 ans se trouvait un peu souffrant dans les premiers jours de l'année ; son état général n'était pas très bon et son médecin soupçonnant une albuminurie méconnue, prescrivit un examen des urines. Cet examen révéla une certaine quantité d'albumine, mais il montra en outre que ces urines étaient troubles et qu'elles contenaient une certaine quantité de pus. Or, ce malade n'avait eu aucune blennorrhagie et n'avait jamais été sondé.

Quelques mois se passèrent, pendant lesquels ce malade fut soumis à un traitement général et sans que fut sensiblement modifiée la pyurie contre laquelle était dirigé l'effort principal de la thérapeutique. De temps en temps, un petit grumeau paraissait à la fin de la miction ou était entraîné avec les premières gouttes ; c'était comme un petit magma de pus accumulé ; jamais il n'y avait de sang ni de caillot. Un jour un de ces petits fragments est plus volumineux ; il est blanchâtre, du volume d'un grain de blé ; il est envoyé dans un laboratoire. Or, la réponse est, qu'il présente un aspect papillaire caractéristique et qu'une ébauche, en divers points d'une phase sarcomateuse de tissu conjonctif, montre que le néoplasme commence à dégénérer en carcinome.

La notion de la cystoscopie s'imposait donc et M. Legueu, la pratiquant, vit aussitôt un papillome frangé se présenter dans le champ du cystoscope.

Le point intéressant de cette observation est donc *l'absence de l'hématurie* et le diagnostic ne pouvait être que le fruit du hasard.

Obs. 57. — Tumeurs vésicales latentes. — Legueu, *Journal des praticiens*, 13 février 1909.

M. Legueu eut encore en 1904 à l'hôpital Necker l'occasion d'observer une tumeur de la vessie qui ne s'était jamais aussi accompagnée d'hématurie, et ce fut encore la cystoscopie qui permit de faire le diagnostic.

C'était un homme de 37 ans : celui-ci avait eu 3 ans auparavant une cystite puis en quelques jours ces symptômes étaient disparus par un traitement convenable et le malade restait dix-huit mois sans s'en ressentir.

En janvier 1902 survient une nouvelle crise de cystite; les urines se troublent à nouveau, elles sont légèrement purulentes mais non sanguinolentes ; un peu de repos, quelques infusions viennent à bout de cette nouvelle poussée ; et pendant deux ans notre homme jouit encore d'une santé parfaite.

C'est en février 1904, que de nouveaux accidents amenèrent ce malade à l'hôpital. A cette époque les mictions sont fréquentes, les urines troubles, elles ne contiennent pas de sang ; mais de temps en temps le malade rend avec les urines de tout petits graviers ; en outre l'état général est médiocre et depuis quelques semaines une cystocopie est pratiquée et décèle de même une *tumeur latente de la vessie.*

II. — Tumeurs pariétales et excentriques

1° Formes à tumeur abdominale

Obs. 58. — Myomes de la vessie. — Terrier et Hartmann, *Revue de Chirurgie*, 1895.

L..., âgée de 60 ans, entre le 2 mai dans le service de M. Terrier à Bichat. Rien à noter dans les antécédents de la malade. La ménopause s'est effectuée à 45 ans sans accident. En avril dernier, la malade présente des envies fréquentes et douloureuses ; en même temps, elle présente des pertes abondantes avec des caillots. Elle rentre à l'hôpital ne sachant si le sang qu'elle perd vient de l'urèthre ou du vagin. M. Terrier examine complètement la malade, et par combinaison du toucher vaginal au palper abdominal, sent nettement une tumeur du volume d'un petit œuf bien limitée, dure, arrondie, évoquant absolument l'idée d'un fibrome. N'était que la tumeur est manifestement intra-vésicale et sans aucun rapport avec l'utérus, on croirait à un *fibrome de l'utérus.* A l'intervention, inci-

sion hypogastrique qui permet de sentir au doigt une tumeur qui occupe la région du trigone

Obs. 59. — Polaillon et Legrand, *Ann. org. gén. urin.*, 1885, cité in Albarran.

La nommée Dor Philomène, âgée de de 50 ans, entre le 5 décembre 1887 dans le service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires nuls. Deux accouchements normaux. Depuis 18 mois, la malade a éprouvé des pesanteurs et quelques douleurs dans le bas ventre ; mais, c'est seulement depuis 1 an environ que le ventre a augmenté de volume. Elle a pu néanmoins continuer son métier de tapissière. Actuellement, le ventre est volumineux comme dans une grossesse à terme. globuleux, pointant en avant surtout dans sa partie inférieure. L'ombilic est à 21 cent. du pubis et à 29 cent. de l'appendice xyphoïde. D'après les affirmations de la malade, le développement de cette tumeur aurait été assez rapide et son origine ne remonterait pas à plus de 15 jours. La partie inférieure du bassin, les cuisses et les jambes sont le siège d'un œdème pâle analogue à celui que l'on rencontre dans l'albuminurie. L'opinion première fut qu'on devait avoir affaire probablement à un kyste de l'ovaire ; cependant, eu égard au rapide développement de la tumeur et aux douleurs qui s'étaient premièrement déclarées, on émit cette hypothèse que ce pourrait être la vessie distendue par l'urine. On pratiqua le cathétérisme et il s'écoula en 2 jours 900 à 1000 grammes de liquide environ. On crut avoir vidé complètement la vessie et le soir, le cathétérisme donna encore issue à 1/2 litre d'urine. M. Millard, remplaçant M. Jaccoud, dit que la rétention d'urine devait avoir son origine dans la compression produite soit par *l'utérus probablement gravide*, soit par *une tumeur de l'ovaire.* A son retour M. Jaccoud pensa à *un kyste de l'ovaire.* Devant une dyspnée très grave, on fit une ponction avec l'appareil de Potain, et l'on retire 4,400 grammes d'un liquide citrin, répandant une forte odeur d'urine ; malgré cette intervention, la malade succomba dans l'après-midi du 23 décembre.

A l'autopsie, il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant d'un an.

Obs. 60. — Kouznetki (*Journal russe des maladies vénériennes*), Anal. in *Org. gén. urin.*, janvier 1909.

Tumeur de 9,200 gr. alors que le myome enlevé de la vessie en 1888, par le Dr Legrand, ne pesait que 3,700 gr. La tumeur dont il s'agit est dure, et à la coupe, ressemble à un *fibro-myome de l'utérus*. La grosseur dépasse celle d'une tête d'homme, sa forme est ovalaire, sa dimension de 81 cent. de tour dans le sens ovalaire et de 68 cent. dans sa circonférence. La tumeur reposait sur une base assez large et elle était implantée sur la paroi postérieure et supérieure de la vessie ; elle était dirigée vers la cavité du bassin et remplissait toute la vessie, comprimait l'utérus, le rectum et occasionnait des douleurs très violentes. En haut, elle atteignait l'ombilic. On l'enleva par la laparotomie médiane, et on réséqua ensuite un tiers de la paroi vésicale dans toute son épaisseur.

Obs. 61. — Belfield et Riegel, In thèse de Gessen, 1894, inspirée par Borstroem, in *Wien med. Woch.*, 1881, cité par Albarran.

Dans ces deux cas *le fibrome* fut tellement volumineux qu'il entraîna à sa suite la compression des urétères et de l'hydronéphrose.

2° Formes à tumeur hypogastrique

Obs. 62. — Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des tumeurs à fibres musculaires lisses de la vessie, par le Dr Rinaldo Cassanello, *Clinique chirurgicale de Pise*, Anal. in *Org. génit. urin.*, 1903.

P. E..., âgé de 52 ans, ouvrier, début de l'affection il y a environ 7 ans en 1896. En se touchant par hasard au bas ventre, il s'aperçut d'une tuméfaction de la grosseur à peu près du poing, tuméfaction localisée précisément à *la région hypogastrique*. Aucun symptôme autre au point d'être aperçu jusque là. Trois ans après un médecin consulté, diagnostique tumeur abdominale et conseille au

malade la cure chirurgicale. Etat actuel, l'examen de l'appareil urinaire ne présente rien d'anormal, sauf le besoin fréquent d'uriner.

L'examen de la région montre que le bas ventre est tuméfié dans sa moitié inférieure et déformé surtout du côté inférieur gauche ; la peau est fortement tendue, le système veineux sous-cutané est fortement dilaté. La tuméfaction dans son ensemble s'étend en haut d'environ 3 ou 4 cent sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, elle a *une consistance dure*, *fibreuse*, n'est pas fluctuante ni douloureuse, sa superficie est bosselée et irrégulière. Il semble que la tuméfaction s'attache au pubis. Le bec de la sonde métallique de Guyon se meut librement dans la cavité vésicale qui est augmentée de volume, surtout dans le sens antéro-postérieur. L'opération est pratiquée par le professeur Ceci le 6 mars 1903. La dissection de la tumeur est pratiquée ; mais à la partie inférieure un coup de ciseaux coupe la dernière partie du tissu qui tient encore réunie la tumeur aux tissus du bassin. On ouvre une cavité allongée en forme d'une anse d'où sort dehors un jet de liquide qui, à sa couleur et son odeur, est reconnu être de l'urine. L'on croit alors que la tumeur prend précisément origine à la paroi antérieure et au sommet de la vessie. La tumeur est reconnue telle par l'examen microscopique.

Obs. 63. — Tumeur abdominale formée par la vessie simulant un kyste de l'ovaire. — LADMIRAL, *Soc. anat. de Paris*, 1875.

Malade, âgée de 32 ans, entrée le 16 décembre 1876 à l'hôpital Lariboisière pour *une tumeur abdominale assez volumineuse*, qui a pris un développement rapide et a causé un œdème considérable des membres pelviens, des organes génitaux et de la partie inférieure des muscles abdominaux.

Le 6 décembre, la malade avait ressenti des vives douleurs dans l'hypogastre et au niveau du pubis ; puis le ventre augmenta rapidement de volume. En même temps et depuis ce moment, la miction fut pénible et douloureuse. Le 9 décembre, les jambes se tuméfient légèrement, puis deviennent plus considérables, cela envahit bientôt les cuisses, pour remonter jusqu'au niveau du bassin. La malade éprouva alors pour la première fois de la gêne res-

piratoire. Le 16 décembre le ventre est volumineux, ses parois sont repoussées en avant ; la peau est tendue, luisante et présente un réseau vasculaire très développé. On trouve à la palpation une tumeur située sur la ligne médiane, remontant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, occupant les régions ombilicales et hypogastriques et descendant dans le bassin. La percussion périphérique donne la sensation d'une colonne liquide.

Cette observation a été particulièrement étudiée dans le texte et pour éviter de la reproduire nous renvoyons à l'étude que nous en avons déjà faite.

Obs. 64. — Tumeurs de la vessie. — Ceci, in *Albarran*, 1892.

Cet auteur signale un noyau vésical de 2,400 gr. qui atteignait l'ombilic et ressemblait absolument à une *tumeur abdominale.*

Obs. 65. — Faye, 1870, in *Org. gén. urin.*, 1903.

En palpant l'abdomen, jusqu'à 8 centim. au-dessus du pubis, on sent une tumeur aussi grosse *qu'une tête d'adulte*, d'une consistance dure, irrégulière, bosselée, peu mobile et s'enfonçant dans *l'excavation pelvienne.* Elle déterminait un rétrécissement du bassin ; c'est pourquoi il fut nécessaire d'exécuter, dans le dernier accouchement, la céphalotomie du fœtus. De la tumeur, il s'en détachait une plus petite, grosse comme un œuf de poule. Mictions fréquentes, douloureuses ; la vessie agrandie mesurait 20 centim. de longueur. Depuis plusieurs années, dataient de légers troubles urinaires. La tumeur avait été déjà remarquée 12 ans auparavant. Mort par épuisement un mois après la réception de la malade à l'hôpital. A l'autopsie il s'agissait d'un fibro-myome périphérique qui prend origine à la paroi interne de la vessie.

2°. — Forme à tumeur hypogastrique.

Obs. 66. — Cancer frustre de la vessie avec tumeur de la région hypogastrique. — Dr Morestin, *Société anatomique*, 1er juillet 1898.

M. Morestin montre une tumeur de la vessie dont la paroi est infiltrée par un néoplasme trouvé à l'autopsie d'un homme de 35 ans, diagnostiqué tumeur solide de la *région hypogastrique*. La tumeur a considérablement épaissi la paroi vésicale ; elle ne végète pas dans la cavité de la vessie. Les urines longtemps claires ne deviennent troubles que dans les derniers jours. On note une pyélonéphrite double.

Obs. 67. — Sur un cas de lymphangiome kystique volumineux de la vessie. — Cassanello, *Clinica chirurgia*, 1905 t. XVII.

C..., rapporte un cas excessivement rare, unique d'après lui, de lymphangiome kystique volumineux de la vessie, opéré chez une petite fille de 5 ans. On avait pensé à un *kyste hydatique du petit bassin* ; car il existait une tumeur liquide volumineuse abdomino-pelvienne donnant le frémissement hydatique le plus net. L'opération montra qu'il s'agissait en réalité d'un lymphangiome kystique multiloculaire développé aux dépens de la face postéro-supérieure de la vessie. L'auteur a fait un examen très détaillé de la tumeur.

3°. — Formes anormales à tumeur iliaque et lombaire.

Obs. 68. — Adénopathie iliaque dans le diagnostic du cancer latent de la vessie. — Rochet (de Lyon), in thèse Nicolas (de Lyon).

Vieillard de 72 ans, ne se plaignant de rien, si ce n'est d'une *tumeur de la fosse iliaque*. Elle était survenue, disait-il, depuis deux à trois mois, était dure, semblait adhérente au bassin et était de la

grosseur d'une petite orange environ. A part cela le malade ressemblait à un prostatique rétentionniste. En présence de tous ces symptômes et de l'état cachectique du malade, M. Rochet émit l'hypothèse de tumeur du plancher de la vessie. En effet, à l'intervention, découverte d'une tumeur du plancher vésical.

Obs. 69. — Rochet, in thèse Nicolas, Lyon.

Homme de 64 ans en rétention incomplète d'urine depuis deux ans, mise sur le compte d'une hypertrophie prostatique ; puis le malade se plaint d'une *petite grosseur survenue dans la fosse iliaque gauche* ; elle est dure, profonde, douloureuse à la pression. Jamais d'hématurie. Le diagnostic de cancer du plancher de la vessie est porté et confirmé par la cystoscopie.

Obs. 70. — Cancer total de la vessie. — Latarget, *Société de Chirurgie de Lyon*, 9 juillet 1903.

Il s'agit d'un néoplasme de la vessie avec *d'énormes adénopathies iliaques et lombaires.* Ce malade avait 28 ans. La maladie avait débuté il y a 18 mois. A l'autopsie, toute la vessie était remplie de masses dégénérées polypiformes ; les uretères étaient comprimés par les ganglions d'où distention rénale double et pyonéphrose.

4°. — Forme à tumeur pelvienne.

Obs. 71. — Tumeur villeuse de la vessie, à symptomatologie des tumeurs kystiques pelviennes. — Dr Lauvers, *Journal de chirurgie de Belgique*, mars 1902.

Femme de 43 ans, émaciée, anémique, mère de 8 enfants, atteinte de prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de déchirure incomplète du périnée. A l'exploration bimanuelle on découvre, outre les lésions indiquées, une tumeur arrondie, rénitente, du volume d'une mandarine, prolabée et adhérente au fond du cul-de-sac de Douglas à gauche et nettement séparée du bord correspon-

dant de la matrice. La malade, comme toutes celles qui souffrent de cystocèle, accusait de la gêne à la miction, elle se plaignait aussi de douleurs et d'un besoin incessant de se livrer à des efforts d'expulsion, symptômes que le Dr Lauvers crut devoir rapprocher à la présence d'une *tumeur kystique pelvienne*. En réalité il s'agissait d'une tumeur villeuse de la vessie dont l'extirpation en fut pratiquée.

Obs. 72. — Lymphadénome périvésical ayant simulé un kyste pelvien. — Marion, Minet et Gaudy, in *An. Org. gén. urin.*, 1903.

Pierre P..,, 38 ans, journalier, salle Saint-Landry, N° 7.

Début de la maladie. — La maladie a débuté apparemment il y a trois semaines et le symptôme dominant à cette époque était la constipation. A la suite de cet état, le malade constata l'apparition d'une tumeur à la région hypogastrique ; en même temps que celle-ci se développait, on vit apparaître des œdèmes généralisés du côté de la vessie. Il ne se plaignait que de douleurs et de difficulté pour uriner. Il fut admis d'abord dans le service de M. le professeur Dieulafoy, d'où il passa salle Saint-Landry.

A son entrée dans le service, le malade offrait des symptômes urémiques : œdèmes généralisés, dyspnée, dilatation des temporales et double hydrothorax. Auprès de ces signes généraux alarmants, la dysurie modérée attirait peu l'attention.

L'examen de l'abdomen révèle la présence, à la région hypogastrique, d'une tumeur arrondie soulevant la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic et rappelant parfaitement une vessie très distendue. La palpation permet de constater que la tumeur était liquide et qu'elle semblait fluctuante. La matité occupait toute la surface de la tumeur.

On répéta plusieurs fois le cathétérisme de la vessie ; la première fois 300 gr. d'urine furent retirés, sans changement du côté de la tumeur ; de même au cathétérisme suivant. Le diagnostic est donc celui d'une tumeur liquide du petit bassin comprimant le rectum et les uretères ; on songe, soit à un *kyste suppuré du petit bassin*, soit à une *péritonite enkystée*.

Opération : 4 avril par M. Marion. Incision médiane sus-pubienne : on tombe immédiatement sur un tissu blanchâtre de consistance molle, friable, saignant abondamment, formant une masse allongée de haut en bas qui fait saillie entre les muscles droits et effondre la ligne blanche ; cette masse se continue en arrière par une autre étalée en largeur et adhérente de toutes parts à la paroi. Un trocart, plongé dans la direction de la capacité vésicale, ramène 400 gr. d'urine brunâtre. Les tissus qui séparent encore cette cavité, sont déchirés facilement avec le doigt. La cavité vésicale remonte jusque vers l'ombilic. La surface interne ne présente aucune saillie, aucune tumeur. La tumeur hypogastrique était donc formée d'une masse englobant la paroi vésicale, atteignant avec elle 4 ou 5 centim. d'épaisseur et la rendant incapable de revenir sur elle-même après évacuation de l'urine.

L'écoulement sanguin est considérable ; on essaie vainement de marsupialiser la vessie à la paroi, les fils coupant les parois trop friables de l'organe. Tamponnement de la cavité vésicale et de la plaie.

Dans la journée et le lendemain, la plaie laisse s'écouler une très grande quantité d'urine mêlée de sang. Les jours suivants, une sonde à demeure est placée dans l'urèthre. L'état général s'amende, les œdèmes diminuent puis disparaissent.

Mais dès le 10, l'état s'aggrave à nouveau et le malade succombe le 12.

Résultat de l'examen macroscopique et microscopique :

En résumé, au point de vue macroscopique, une vessie à grande cavité à parois, très épaissie, infiltrée en totalité par un tissu néoplasique, adhérente, fusionnée au tissu voisin également infiltré ; au point de vue histologique : lymphadénome massif de tout le tissu périvésical surtout prévésical, envahissant et englobant de dehors en dedans la paroi vésicale jusque près de la surface muqueuse.

Cette observation présente un intérêt clinique, étant données les difficultés de diagnostic auxquelles elle a donné lieu.

5°. — Formes à tumeur génitale externe.

Obs. 73. — Tumeur papillaire de la vessie, ayant déterminé un volumineux polype sortant par l'urèthre chez une femme de 60 ans. — Dr Mordret, *Archives de médecine d'Angers*, 1900, page 220.

Le début se fait par des troubles de la miction ; les urines sont albumineuses, aussi la malade est-elle soumise depuis 5 ans à un régime sévère. Puis les hématuries deviennent fréquentes ainsi que les douleurs à la miction et les besoins impérieux ; la malade cependant est toujours considérée comme une albuminurique ; elle arrive à un état de faiblesse extrême ; elle est exsangue, perd ses urines et exhale une odeur infecte. A l'exploration physique, *en écartant les lèvres*, on voit une tumeur gangrénée du volume du pouce avec un pédicule assez long, et sous chloroforme, on reconnait une tumeur dont le pédicule se prolonge et adhère à la région du trigone vésical.

Obs. 74. — Cancer de la vessie et des corps caverneux. — M. Duplant, *Société des sciences de médecine de Lyon*, in *Org. génito-urinaires*, 1897, page 882.

G. C..., âgé de 64 ans, jardinier, avait depuis 20 ans des difficultés dans la miction, sans aggravation ni accidents notables. A la fin d'août 1896, il eut d'abondantes hématuries qui ont persisté pendant 10 jours environ. Il rentre à l'Hôtel-Dieu où il subit le régime lacté. Deux mois après, il en sortait amélioré dans son état général et au point de vue de ses hématuries. Il rentre de nouveau en décembre 1896 ayant beaucoup maigri avec une teinte jaune paille de ses téguments, de l'œdème des membres inférieurs et des bourses survenant le soir. Enfin, on note la présence d'un *noyau volumineux dur à la racine des corps caverneux*, noyau en forme de fer à cheval imposant le diagnostie de : cancer de la vessie propagé aux corps caverneux. Le malade souffrait et présentait de brusques rétentions d'urine. Il s'agissait de phénomènes d'obs-

truction de l'orifice vésical de l'urèthre sans rétrécissement sur ce canal. Cette observation est d'autre part intéressante par la longue période de latence du néoplasme et l'absence du rétrécissement de l'urèthre.

Obs. 75. — Propagation d'une tumeur vésicale à toute la longueur du canal de l'urèthre et aux corps caverneux. — Adénot (de Lyon), *An. org. gén. urin.*, 1895.

T. Aristide, âgé de 66 ans, demeurant à Miribel (Rhône), entre le 25 décembre 1894 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le malade ne donne aucun renseignement sur ses blennorrhagies antérieures, il ne répond pas et son état d'obnubilation s'oppose à un interrogatoire utile. Depuis 3 ou 4 mois surtout il éprouve des difficultés pour uriner.

Le jet d'urine diminuait aussi de force, en même temps que les mictions devenaient de plus en plus fréquentes, indiquant une infection vésicale croissante.

Le cathétérisme est très difficile, indiquant dans la région membraneuse un rétrécissement qui parait très serré mais qui ne semble pas absolument infranchissable. Je parviens à passer à grand'-peine une sonde filiforme en gomme.

Une ponction hypogastrique est faite avec une aiguille très fine de Potain. Ses urines retirées sont très troubles. L'exploration digitale du fond de la vessie n'attire l'attention sur aucune particularité.

Une uréthrotomie interne est pratiquée, puis l'état général s'améliore; le malade se lève et se promène. Malgré tout, le méat sus-pelvien reste perméable et fonctionne d'une façon satisfaisante.

Mais vers le 20 mars, le malade se plaint de douleurs vives dans la région uréthrale profonde; il présente une demi érection permanente qui s'accentue de jour en jour. On sent à la base de la vessie et le long du canal comme une sorte *de noyau allongé le long de l'urèthre*, et dans la partie la plus reculée, le canal paraît comme monté sur cette production dure d'aspect irrégulièrement moniliforme.

En même temps M. Polosson constate sur le gland un noyau violacé du volume d'un pois et d'une consistance assez ferme qui permet de le délimiter nettement du tissu spongieux du gland. Les douleurs vives que la malade signale au palper de ces masses uréthrales et les douleurs spontanées dont il se plaint depuis quelques jours et d'une façon croissante font supposer à M. Polosson qu'il s'agit d'une tumeur maligne développée dans le canal et dont le noyau du gland ne serait qu'un début de propagation par le corps caverneux et le tissu spongieux.

Le 16 avril le malade meurt. M. Polosson et M. Adenot constatent en effet qu'il s'agit d'une tumeur maligne développée dans tout le bassin de la vessie, ayant poussé un prolongement dans le canal de l'urèthre jusqu'au gland. La tumeur s'était donc propagée par les corps caverneux. Elle fut trouvée de même généralisée au foie qui se trouvait vraiment farci de noyaux secondaires de toutes les grosseurs.

CONCLUSIONS

I° Ordinairement, les tumeurs de la vessie : *épithéliome de l'adulte* et *sarcome de l'enfant*, se caractérisent cliniquement par une série de symptômes associés : *hématurie*, *douleur*, *troubles urinaires*, chacun de ces symptômes revêtant ici un caractère bien spécial.

II° Anormalement, ces tumeurs peuvent donner lieu, par leur évolution, à une série de *formes cliniques anormales*, très différentes les unes des autres suivant que la tumeur est à siège soit *cavitaire*, soit *pariétale* ou *excentrique*.

A). — Si elles sont *cavitaires* par suite de l'intensité anormale d'un des signes habituels, par l'apparition d'un symptôme très rare ou l'absence complète de tous ceux-ci, l'on pourra rencontrer, suivant les différents cas, des *formes anormales :* soit *hématuriques*, *douloureuses*, *rénales*, *dysuriques*, *pyuriques*, soit *pneumatosiques*, soit *enfin latentes.* Ces différentes formes seraient très difficilement reconnues, si nous n'avions l'*examen cystoscopique* qui peut nous mettre au grand jour la cavité vésicale et ces tumeurs.

B). — Si elles sont, au contraire, *pariétales* ou *excentriques*, aucune hématurie, très rarement des symptômes

urinaires, mais en revanche de grosses tumeurs pouvant envahir les différentes régions de l'abdomen et donnant lieu, suivant l'étage habité, *aux formes cliniques anormales à tumeur abdominale*, *hypogastrique*, *lombaire et iliaque*, *pelvienne et génitale externe*. Celles-ci ne seront presque jamais diagnostiquées, si ce n'est par la *laparotomie exploratrice*. Leur symptomatologie est, en effet, toute d'emprunt et elle s'oppose tout particulièrement à la symptomatologie urinaire des tumeurs cavitaires.

Vu :
Le Président de thèse,
P. SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Adenot. Pneumatose vésicale dans un cas de tumeur de la vessie. *Archives provinciales de Chirurgie*, juillet 1905.

— Propagation d'une tumeur vésicale à toute la longueur du canal de l'urèthre et aux corps caverneux. *Ann. org. gén. urin.*, 1895, p. 621.

Albarran. *Les tumeurs de la vessie.* Paris, G. Steinheil, 1892.

Barthélemy Guisy (d'Athènes). Trois cas de tumeur de la vessie sans hématurie. *Org. gén. urin.*, 15 janvier 1907.

Batheray, chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph à Paterson. Cas d'un polype fibreux de la vessie chez une petite fille. *The american journal of the medical science*, avril 1882, p. 464.

Bensa. Tumeur de la vessie à symptomatologie rénale. *Bulletins de la Soc. de médecine de Nice*, n° 10, 1907.

Blanc. Myxo sarcome de la vessie avec phénomènes rénaux. *Soc. médicale de Bordeaux*, 1904.

Boivin. Contribution à l'étude des rétentions rénales dans les tumeurs vésicales, thèse de Paris, 1899. Deux cas de papillomes.

Boutecou. *Transaction amer. chirurgical Association.* Philadelphie, 1883.

Briquet (de Lille). Tumeurs de la vessie. *Bulletins de la Société anatomo-clinique de Lille*, 1890.

Cassanello. Contribution anatomique, pathologique, clinique à l'étude des tumeurs à fibres musculaires, lisses de la vessie. In *Annales des maladies des org. génito-urin.*, 1903, p. 1441.

Cathelin. Tumeurs de la vessie. *Médecin praticien*, février 1907.

Chevarré. *Contribution à l'étude des tumeurs de la vessie chez l'enfant.* Thèse Lille, 1892.

Clado. *Traité des tumeurs de la vessie.* Paris, 1895.

Dechambre. *Dictionnaire*, article : Tumeurs de la vessie.

Dellac. *Tumeurs de la vessie chez les enfants.* Lyon, 1892.

Desnos et Minet. Tumeurs de la vessie. In *Traité des maladies urinaires*, 1908.

Dittel. Société impériale et royale de Vienne. *Médecine moderne*, juin 1892.

Duhot. Tumeur de la vessie à implantation urèthrale. *Soc. de médecine chirurgicale du Brabant*, 1907.

Duplant. Cancer de la vessie et des corps caverneux. *Société des sciences médicales de Lyon*, in *Org. génito-urinaires*, 1897, p. 882.

Féré. *Mémoire sur le cancer de la vessie*, 1881.

Forgue. Tumeurs de la vessie. In *Traité de la pathologie externe*, Paris, 1906.

Gennes (de) et Griffon. Cancer latent de la vessie ayant entraîné une hydronéphrose bilatérale chez un homme qui ne présente que des signes de brightisme. *Société anatomique*, 1er juillet 1898.

Guiard. Du diagnostic des néoplasmes vésicaux. *Archives générales de médecine*, 1891.

Guyon. Diagnostic des néoplasmes de la vessie. Anal. in *Org. gén. urin.*, mémoire original, août 1889.

— Diagnostic différentiel de certaines formes de cystites et des cancers de la vessie, leçon recueillie par M. Glantenay. *Annales des maladies des org. gén. urin.*, 1896, p. 289.

— Des troubles de la miction dans les néoplasmes vésicaux. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 28 juin 1894.

— Leçon sur les tumeurs latentes. *Journal des praticiens*, 1904.

Jungano, moniteur à l'hôpital Necker. Le sarcome de la vessie. *Annales des maladies des org. gén. urin.*, 1er octobre 1907.

Ladmiral. Tumeur abdominale formée par la vessie simulant un kyste de l'ovaire. *Société anatomique de Paris*, 1871.

Lannelongue et Pousson. Tumeur de la vessie. *Journal médecine de Bordeaux*, 1896.

Latarget. Cancer total de la vessie avec énorme adénopathie. *Soc. de Chirurgie dé Lyon*, 1er juillet 1908.

Lauvers. Tumeur de la vessie à symptôme de tumeurs kystiques pelviennes. *Journal de Chirurgie de Belgique*, mars 1902.

Lavenant. Deux observations inédites, 1908.

Legueu. Tumeurs de la vessie. In Le Dentu et Delbet.

— Tumeurs vésicales latentes. *Journal des praticiens*, 13 février 1909.

Lemaitre. *Tumeur de la vessie périurétérale*. Thèse, 1903.

Lostalot (de). Sarcome de la vessie chez l'enfant. *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1888.

Loumeau (de Bordeaux). Sur un cas de papillome vésical. *Revue de Chirurgie*, 1896.

Marcano. Symptôme et diagnostic des tumeurs de la vessie. *Progrès médical*, 1885.

Marion. Observations inédites.
— *Revue pratique des maladies des org. gén. urin.*, mai 1905.
Medical Times. *Myome kystique de la vessie*, août 1862.
Minet. Diagnostic des tumeurs périvésicales. *Soc. médico-chirurg. de Paris*, 1901.
Mordret. Tumeur de la vessie ayant déterminé un volumineux polype uréthal. *Archives médicales d'Angers*, 1900.
Morestin. Cancer frustre de la vessie. Tumeur de la région hypogastrique. *Soc. anatomique*, juillet 1899.
Morris. Papillome, uréthrotomie membraneuse. *The Lancet*, 1884.
Nicaise. Tumeur calcifiée de la vessie. *Soc. de chirurgie*, 1895, p. 241.
Nicolich. Tumeur de la vessie. *Org. gén. urin.*, Paris, 1888.
Phocas. Contribution à l'étude des tumeurs de la vessie chez l'enfant. *Congrès de chirurgie française*, 1892.
Polack. *Contribution à l'étude des tumeurs de la vessie.* Paris, 1901.
Rafin. Indication et résultat du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Rapport de RAFIN, de Lyon. 9e *session française d'urologie*, séance du 5 octobre 1905.
— Tumeur de la vessie diagnostiquée au cystoscope et donnant cliniquement les signes d'une affection rénale. *Soc. de médecine de Lyon*, 22 janvier 1900.
Reboul (de Nîmes). *Association française des médecins et chirurgiens urologistes*, 1897.
Sabatier. Revue critique sur 47 cas de tumeur de la vessie, chez l'homme, enlevés délibérément par l'hypogastre ou le périnée. *Revue de chirurgie*, 1885.
Salat. Polype de la vessie avec cystite chronique. *Soc. anatomique de Paris*, 1880.
Taillac d'Antoine (de). *Contribution à l'étude des papillomes de la vessie.* Thèse Montpellier, 1902.
Terrier et Hartmann. Myome de la vessie. In *Revue de Chirurgie*, 1895, p. 181.
Thibaudet. Hypertrophie prostatique localisée, lésion mécanique et inflammatoire. *Bulletin de la Soc. anatomo-clinique*, Lille, 1891.
Thompson. Fibro-papillome, uréthrotomie membraneuse (1880) et in *Leçons sur la tumeur de la vessie*, 1885.
Tuffier. Tumeurs de la vessie, In DUPLAY-RECLUS.
Vouters. *Tumeur du col vésical.* Thèse Bordeaux, 1906.

TABLE DES MATIÈRES

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon (102-1-10).